ROK VII WARSZAWA 1933 MAJ ZESZYT V

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Z kliniki otolaryngologicznej U. S. B. (Kierownik Prof. Dr. J. Szmurło).

Badania porównawcze nad wartością różnych metod diafanoskopji w cierpieniach zatoki szczękowej [1]).

Podał
Docent Dr. TADEUSZ WĄSOWSKI.
(Wilno).

Diafanoskopja, wprowadzona do rynologji przez *Voltolini'ego* i *Herynga*, zajmuje dotychczas jedno z czołowych miejsc w szeregu metod rozpoznawczych, jakiemi posługujemy się w przypadkach podejrzanych o ropienie w zatokach bocznych nosa, zwłaszcza szczękowych. Badanie wykonywamy w ten sposób, że w ciemnym pokoju wprowadzamy choremu do ust lampkę diafanoskopową i notujemy stopień przeświecania obu okolic szczękowych i podoczodołowych. Jeśli ściany jamy Highmora są cienkie a same jamy zdrowe, wtedy oba policzki przeświecają jednakowo wyraźnie. Zaciemnienie okolicy podoczodołowej po jednej stronie świadczyć ma o stanie chorobowym danej zatoki szczękowej. Jednocześnie chory odczuwa światło po stronie chorej zatoki gorzej, po stronie zdrowej — lepiej.

Lekarz specjalista zamieszkały w większem mieście może korzystać z pewniejszej metody rozpoznawczej jaką jest rentgenologiczne badanie zwłaszcza przy wprowadzeniu do zatoki płynu kontrastowego, na prowincji jednak lekarz praktyk posiada w diafanoskopji jedyny i bardzo cenny środek uzupełniający wziernikowe badanie nosa.

Jednak dzięki głównie różnicom indywidualnym budowy kości szczękowych metoda ta w pewnym odsetku przypadków zawodzi. Najczęściej nie możemy na niej polegać w przypadku grubych kości szczękowych, gdyż okolice podoczodołowe będą

[1]) Praca nagrodzona w tegorocznym konkursie „Wiedzy".

przy tej metodzie badania obustronnie silnie zaciemnione, nie dając pojęcia o toczących się tam sprawach chorobowych. Pozatem różnice natężenia w oświetleniu obu okolic podoczodołowych zależeć mogą od niejednakowej wielkości obu zatok szczękowych, chociaż zdaniem *Hajeka* taka okoliczność wchodzić może bardzo rzadko w grę. Tak wybitnych różnic, jakie spotykamy w sprawach chorobowych zatoki, te różnice budowy kości wywoływać według niego nie mogą.

Jak wykazują spostrzeżenia, w 30 — 40% przypadków cierpienia zatok szczękowych wyniki otrzymane od diafanoskopji nie pokrywają się z całokształtem obrazu chorobowego. Dotyczyć to może zarówno przypadków ropnego zapalenia zatoki Highmora, jak też nieżytowego zapalenia jej śluzówki. Przypuśćmy, stwierdziliśmy badaniem rynologicznem pasemko ropy pod prawą środkową muszlą lub w przewodzie wspólnym prawym. Przy diafanoskopji obie okolice podoczodołowe są ciemne. Oczywiście, w tym przypadku nie mamy zupełnej pewności co do stanu rzeczywistego prawej zatoki szczękowej i musimy uciekać się do innych pomocniczych metod badania.

Vohsen, Davidsohn, Burger zwracają uwagę na stopień odczuwania przez badanego światła umieszczonej w ustach lampki. Zwykle po stronie chorej zatoki szczękowej badany gorzej to światło odczuwa. Prócz tego *Burger* stwierdził przeszło w 50% przypadków zapalenia jamy Highmora zaciemnienie źrenicy po tej stronie.

Niepewne wyniki diafanoskopji klasycznej nasunęły amerykańskiemu rynologowi *Coolidge'owi* myśl zmodyfikowania tej metody. Uważając, że dolna ściana zatoki szczękowej wskutek swej znacznej grubości zatrzymuje dużą ilość promieni świetlnych, autor ten umieszcza lampkę diafanoskopową w fałdzie policzkowo-dziąsłowej nad ostatniemi trzonowemi zębami, prześwietlając znacznie cieńszą zewnętrzną ścianę zatoki. Metoda ta nie znalazła jednak szerszego zastosowania.

Röder i Seifert umieszczają lampkę również w fałdzie policzkowo-dziąsłowem, lecz badają stopień przeświecalności zatoki szczękowej zapomocą rynoskopji, zwracając uwagę na siłę oświetlenia przegrody nosowej po przeciwnej stronie. Oczywiście, badanie należy wykonywać w ciemnym pokoju. Przy umieszczeniu lampki np. po lewej stronie przedsionka ustnego za lewemi trzonowemi zębami należy badać stopień oświetlenia przegrody nosowej po stronie prawej i odwrotnie. Jeśli, przypuśćmy, to oświetlenie będzie niejednakowe, mocniejsze po lewej stronie przegrody, to ma to być dowodem, że lewa zatoka szczękowa jest chorą.

Wreszcie metoda wprowadzona przez *Delobela* polega na tem, że podczas prześwietlania zatoki szczękowej zwykłym sposobem odchylamy badanemu jednocześnie obie powieki dolne, porównywując zabarwienie obu spojówek. Jeśli jest ono ciemniejsze po jednej stronie, ma to dowodzić schorzenia zatoki szczękowej po tej stronie.

W swych badaniach porównawczych nad wartością praktyczną różnych metod diafanoskopji nie uwzględniałem sposobu *Coolidge'a* i sposobu *Rödera* i *Seiferta*, a to dla następujących powodów. Metoda *Coolidge'a* mojem zdaniem, musi często zawodzić ze względu na to, że tylko część promieni oświetla ścianę zewnętrzną zatoki Highmora, a więcej się ich rozprasza. Metoda *Rödera* i *Seiferta* nie ma żadnego zastosowania w przypadkach skrzywienia przegrody nosowej, a wiemy jak częste są te skrzywienia. Dlatego też posługiwałem się zwykłą metodą diafanoskopji, określając stopień oświetlenia okolicy podoczodołowej z obu stron, badałem różnice w oświetleniu źrenic chorego, określałem objaw *Delobela,* wreszcie notowałem, o ile można było, siłę odczuwania przez chorego światła lampki po obu stronach.

Diafanoskopję zwykłą metodą wykonano w 184 przypadkach. Okazało się, że w 108 przypadkach wynik diafanoskopji odpowiadał badaniu rynologicznemu, uzupełniając je całkowicie. To znaczy, że jednostronne sprawy chorobowe zatoki szczękowej dawały podczas prześwietlenia zaciemnienie odpowiedniej okolicy podoczodołowej. W przypadkach obustronnego ropienia obie okolice szczękowe były zaciemnione. W 49 przypadkach diafanoskopja dezorjentowała nas zupełnie. Najczęściej zależało to od grubej przedniej ściany zatoki uniemożliwiającej przejście promieni świetlnych lampki. W 9 np. przypadkach obustronnego zaciemnienia okolicy podoczodołowej mieliśmy chorą zatokę tylko po jednej stronie, w ośmiu innych zatoki szczękowe były zdrowe; 10 razy notowano jednostronne zaciemnienie, z tego 6 ra-

zy było cierpienie obu zatok Highmora, w 4 zaś przypadkach jamy szczękowe były niezajęte. Z 3 chorych na ozenę, u których przy diafanoskopji szczęki górnej i okolice podoczodołowe były całkiem jasne, nakłucie ściany zatoki szczękowej u wszystkich wykazało obecność ropy w obu zatokach. Kilka razy mieliśmy możność stwierdzić zaciemnienie po stronie przeciwnej chorej zatoce szczękowej. W jednym przypadku mieliśmy skargi na trwające od kilkunastu dni przy objawach kataru, bólu zębów, głowy, podniesionej ciepłocie, bóle w okolicy szczęki górnej lewej i pod lewem okiem. Badanie wykazało obrzęk okolicy lewej górnej szczęki, mocne przekrwienie w nosie, ropienia jednak nie zauważono. W jamie ustnej stwierdzono małe obrzmienie i bolesność okolicy pierwszego przedtrzonowego górnego lewego zęba, właściwie jego korzeni, które tu pozostały. Diafanoskopja dała zupełne zaciemnienie lewej okolicy podoczodołowej i lewej szczęki. Można było na tej podstawie przypuścić zajęcie sprawą chorobową lewej zatoki Highmora. Jednak metoda *Delobela* i sposób, o którym będę mówił obszernie niżej, pozwoliły na wyłączenie cierpienia zatoki szczękowej i na właściwe rozpoznanie zapalenia okostnej górnej szczęki. W 27 przypadkach wyniki diafanoskopji były nie pewne, mgliste. Dotyczyło to głównie chorych o cienkich kościach szczękowych, u których mieliśmy np. niewyraźne zaciemnienie okolicy szczęki a brak zmian w oświetleniu pod okiem przy niewątpliwych objawach ropienia zatoki, lub zupełnie jasne przy diafanoskopji okolice podoczodołowe tam gdzie nakłucie ściany zatoki stwierdzało w obu ropę.

Objaw podmiotowy odczuwania światła przez badanych podczas diafanoskopji właściwie żadnego praktycznego znaczenia prawie nie posiada. Nie mam na myśli dość licznych chorych o niskim stopniu rozwoju umysłowego, którym nie da się wytłumaczyć, że mogą odczuwać światło lampki umieszczonej w ustach; tacy chorzy wymagają dużego wysiłku ze strony lekarza, by można im było wyjaśnić np. wrażenia słuchowe przy wykonywaniu prób Webera lub Schwabacha, a przecież te wrażenia są o wiele mniej skomplikowane i łatwiejsze do opanowania. Chorym takim nieraz nie można wytłumaczyć, o jakie odczuwanie światła tu chodzi. Ale nawet osoby zdające sobie sprawę z mechanizmu tego objawu, nie są w stanie często dokładnie określić, którem okiem lepiej to światło lampki odczuwają, a nieraz nie widzą go wcale.

Zaciemnienie źrenic przy diafanoskopji badaliśmy w 132 przypadkach; 88 razy źrenice były ciemne obustronnie przy jednostronnych sprawach chorobowych, nie dając nam żadnych wskazówek o procesie chorobowym w zatokach szczękowych. 34 razy zaciemnienie źrenicy odpowiadało chorej zatoce szczękowej, czyli że wynik badania był miarodajny. Z 10 przypadków, w których przy diafanoskopji źrenice były jasne — 8 razy mieliśmy zatoki szczękowe zdrowe, 2 razy było jednostronne ropienie. U wszystkich tych 10 badanych kości szczękowe były wyjątkowo cienkie.

U 69 chorych wykonaliśmy badanie metodą *Delobela*, określając różnicę zabarwienia spojówki powiek dolnych podczas diafanoskopji. Okazało się, że w 42 przypadkach metoda ta nie zawiodła — stale chorej zatoce szczękowej odpowiadało zaciemnienie spojówki po tej stronie. W 27 przypadkach wyniki były niepewne. Z tego obustronne zaciemnienie spojówki spostrzegaliśmy 14 razy — 7 razy była chora jedna zatoka szczękowa, 7 razy obie były zdrowe. Jednostronne zaciemnienie spojówki notowano 6 razy — 3 razy przy obu zatokach szczękowych zdrowych, dwa razy przy zajęciu zatoki po stronie jaśniej oświetlonej spojówki, jeden raz przy obustronnem ropnem zapaleniu jamy Highmora. Wreszcie w 3 przypadkach oba worki spojówki były podczas diafanoskopji jasne jednolicie: u dwóch chorych stwierdzono zajęcie sprawą chorobową zatoki Highmora po jednej stronie, u trzeciego — z obu.

Zestawiając otrzymane przez nas wyniki trzech głównych metod diafanoskopji — klasycznej metody *Herynga*, objawu *Burgera* (zaciemnienie źrenicy po stronie chorej zatoki) i objawu *Delobela* (zaciemnienie worka spojówkowego powieki dolnej po stronie chorej zatoki) w tablicy widzimy, że stosunkowo pewniejszem jest połączenie zwykłej metody diafanoskopji z notowaniem objawu Delobela, gdyż przy pierwszym sposobie otrzymywaliśmy dobre wyniki w 108 przypadkach ze 184, przy drugim — w 42 z 69. Objaw *Burgera* wypada dodatnio zaledwie w 42 przypadkach ze 132, czyli wartość rozpoznawcza jego była znacznie mniejsza.

Metoda badania	Liczba badanych przypadków	Wynik pozyt. badania w przypadkach	Wynik niepewny	Wynik ujemny
Sposób Herynga	184	108	27	49
Sposób Burgera	132	42	—	90
Sposób Delobela	69	42	27	—

Jakie przyczyny składają się na to, że w tak znacznej części przypadków powyższe wszystkie metody zawodzą. *Hajek, Lichtwitz* podkreśla fakt, że zaciemnienie szczęki podczas diafanoskopji nie zależy od ropnej wydzieliny, wypełniającej zatokę, lecz od zgrubienia śluzówki zmienionej zapalnie. Z podręczników anatomji opisowej wiemy, że w jamie Highmora najgrubszemi są ściany dolna i przednia, najcieńszemi zaś — górna i wewnętrzna. Ze 184 zbadanych przez nas przypadków spostrzegaliśmy zaledwie ok. 10 — 12% kości szczękowych o wyjątkowo cienkich ścianach. U reszty chorych ściany jam Highmora były dość grube. Dlatego też w dużym odsetku przypadków zmiany zapalne śluzówki zatoki nie są w stanie zwiększyć zaciemnienia uwarunkowanego grubemi ścianami zatoki (dolną i przednią). Z materjału sekcyjnego *Dmochowskiego*, z protokółów operacyjnych w naszych przypadkach wiemy, że najbardziej zgrubiałą bywa śluzówka dolnej ściany zatoki, tylnej i wewnętrznej, zwłaszcza u jej przedniego kąta. U chorych z polipowatemi rozrostami w nosie często te polipy biorą początek w jamie Highmora. Wtedy największe wały zgrubiałej śluzówki będą się rozrastały właśnie na ścianie wewnętrznej — u otworu naturalnego zatoki. Rozważania te, oparte na danych anatomji kości szczękowej oraz na patologji jamy Highmora, tłumaczą w bardzo wielu przypadkach niepowodzenie wykonanej przez nas diafanoskopji.

Obecność zgrubienia śluzówki również i na wewnętrznej ścianie zatoki szczękowej w przypadkach przewlekłego jej zapalenia, stwierdzana przez nas na stole operacyjnym, zaważyła na naszych poszukiwaniach bardziej ścisłego i pewnego sposobu diafanoskopji. Umieszczając lampkę diafanoskopową w ustach chorego (po linji środkowej), wprowadzaliśmy do nosa wziernik Hartmanna, jak przy rynoskopji przedniej, badając stopień oświetlenia okolicy przewodu nosowego dolnego, małżowiny dolnej i przewodu środkowego po obu stronach [1]). Badanie takie można nazwać r y n o d i a f a n o s k o p j ą. Wychodziliśmy z założenia, że promienie świetlne po przejściu dolnej ściany zatoki oświetlą cienką ścianę wewnętrzną pod i nad małżowiną dolną i że w przypadkach normalnych stopień oświetlenia będzie jednakowy. Rozumowanie nasze sprawdziło się już przy pierwszych próbnych badaniach. Pewne trudności stanowiły obrzmienia małżowin, lecz usuwaliśmy je często z łatwością, pendzlując śluzówkę nosa obustronnie kokainą. W trakcie badań okazało się, że w niektórych patologicznych przypadkach zaciemnienie nie ograniczało się do bocznej ściany nosa, lecz obejmowały również i dno nosa, zwłaszcza bliżej do zewnętrznego jego kąta. W przypadkach grubych kości szczękowych zaciemnienie dna nosa było obustronne. Przy badaniu chorych z bardzo cienkiemi ścianami jamy Highmora światło lampki winno być dość słabe — wtedy różnice w oświetleniu dadzą się łatwiej uchwycić. Obraz rynologiczny przy ryno-diafanoskopji w przypadkach normalnych przedstawia się następująco: na tle sierpowatego rozjaśnienia przewodu nosowego wspólnego z szerszym pasem jasnym w dole a wąskim w górze widzimy ku zewnątrz ciemniejszy zarys małżowiny dolnej, a pod nią i nad nią rozjaśnienia przewodów (dolnego i środkowego). Używając jednocześnie dwóch wzierników Hartmanna (chory sam utrzymuje lampkę w ustach) możemy z łatwością widzieć różnice oświetlenia omawianych punktów w przypadkach jednostronnego cierpienia jamy Highmora, albo dwustronne mocne zaciemnienie w razie obustronnego ropienia. W przypadkach skrzywienia przegrody nosowej mogliśmy się tym sposobem badania posługiwać, skrzywiona przegroda zmniejszała tylko po stronie skrzywienia pas świetlny zewnętrznej ściany nosa, nie wpływając wcale na siłę oświetlenia.

Zbadaliśmy tym sposobem przypadków 90. 78 razy badanie wypadło pomyślnie:

[1]) W trakcie mych badań znalazłem w piśmiennictwie wzmiankę o tem, że *Robertson* rynoskopował również chorych podczas diafanoskopji, zwracając uwagę na to, po której stronie jest zaciemnienie, lecz szczegółów jego badań nie mogłem uzyskać.

potwierdziło wyniki badania rynologicznego. Z tego 18 razy okolica przewodu nosowego dolnego, małżowiny środkowej, przewodu środkowego i zewnętrznego kąta dna nosa wypadała jednakowo jasną obustronnie, inne badania również wykazały. że jama Highmora we wszystkich tych przypadkach była niezajęta; w 26 przypadkach mieliśmy po obu stronach mocne zaciemnienie tych okolic, a próbne przekłucie ściany zatoki wykazało u wszystkich przewlekły stan zapalny; u 34 wreszcie chorych stwierdziliśmy jednostronne zaciemnienie odpowiadające chorej zatoce. Wyżej omawialiśmy przypadek zapalenia okostnej kości górnoszczękowej, w którym właściwe rozpoznanie było postawione dzięki objawowi *Delobela* i ryno-diafanoskopji. Mianowicie, jak zaznaczyliśmy, diafanoskopja zwykła wykazała znaczne zaciemnienie okolicy podoczodołowej lewej. Przy badaniu metodą *Delobela* stwierdziliśmy jednakowo jasne obie spojówki dolnych powiek; ryno-diafanoskopja wykazała również zupełnie jednakowe jasne zabarwienie okolicy dna nosa, przewodów dolnego i środkowego i małżowiny dolnej. Wobec tego rozpoznaliśmy cierpienie zewnętrznej ściany kości górnoszczękowej — zapalenie okostnej. Obserwacja przypadku w zupełności potwierdziła nasze rozpoznanie. Prócz tego przypadku mieliśmy jeszcze dwa podobne, w których diafanoskopja wykazywała wyraźne zaciemnienie górnej szczęki po jednej stronie, zaś ryno-diafanoskopja stwierdziła w obu jednakowe jasne zabarwienie przewodów dolnych nosa po obu stronach. W trzech innych przypadkach spostrzegaliśmy główne różnice w oświetleniu nie zewnętrznej ściany przewodów nosowych a wyłącznie dna nosowego — jego zewnętrznego brzegu. Przypadki te nie były operowane, więc nie mogłem stwierdzić zmian chorobowych zatoki szczękowej i ich umiejscowienia, lecz zdaje mi się, że jedyną przyczyną zaciemnienia zewnętrznego kąta dolnej ściany zatoki musiały być większe zmiany zapalne tu umiejscowione, lub gęsta ropna wydzielina w jamie. Możliwość wpływania ropnej wydzieliny na powstanie zaciemnienia przy diafanoskopji, zwłaszcza przy ryno-diafanoskopji, udowodniły mi dwa przypadki, w których większe zaciemnienie przewodu dolnego i zewnętrznego kąta dolnej ściany zatoki odpowiadało stronie gęstszej i obfitszej wydzieliny ropnej w zatoce. Fakt ten sprawdziliśmy potem na 10 przypadkach, wprowadzając do zatoki szczękowej 2—3 cm lipiodolu i prześwietlając tym sposobem. Okazało się, że lipiodol wywołuje zaciemnienie okolicy przewodu dolnego i brzegu dna nosa wyraźnie. Zdanie więc *Lichtwitza* i *Hajeka*, że płyn w zatoce szczękowej nie wpływa na powstanie zaciemnienia przy diafanoskopji, odnosi się wyłącznie do klasycznej.

Dla zobrazowania pomyślnych wyników ryno-diafanoskopji pozwolę sobie przytoczyć dwa typowe przypadki.

1. T. J. 19 lat. Ozena bilateralis. Przewody nosowe szerokie, wypełnione śluzowo-ropną wydzieliną i zielonemi strupami. Diafanoskopja wykazuje obustronne mocne zaciemnienie okolicy szczękowej i podoczodołowej. Obie źrenice ciemne przy prześwietlaniu. Obustronne zaciemnienie worka spojówkowego powiek dolnych. Rynoskopja podczas prześwietlania stwierdza, iż dno nosa z obu stron jednakowo jasne, natomiast okolica dolnego przewodu nosowego i dolnej muszli po stronie lewej wyraźnie ciemniejsze od strony prawej. (Rys. 1.).



Rys. 1. Okolica dolnej małżowiny i przewodu nosowego dolnego po stronie lewej ciemniejsze.



Rys. 2.

Roentgenologiczne badanie czaszki wykazało zaciemnienie lewej zatoki szczękowej i czołowej (Rys. 2.).

Próbne przekłucie ściany zatoki stwierdziło w niej gęstą cuchnącą ropę.

2. K. A. 24 lat. Oddawna cierpi na ropienie w nosie. Przechodził już operację na zatoce czołowej i komórkach sitowych. Ropienie w nosie mierne obustronnie, polipowate rozrosty śluzówki. Diafanoskopja: wybitne zaciemnienie z obu stron nietylko okolicy szczęki, lecz również okolicy podoczodołowej i grzbietu nosa. Badanie rynologiczne podczas diafanoskopji wykazało: dno nosa i przewód nosowy dolny wyraźnie ciemniejsze po stronie prawej (Rys. 3.).



Rys. 3. Zaciemnienie okolicy dna nosa i przewodu nosowego dolnego po stronie prawej.

Rozpoznano ropne zapalenie prawej zatoki szczękowej. Przekłucie ściany zatoki stwierdziło w niej gęstą ropę. Lewa zatoka ropy nie zawierała.

W obu powyższych przypadkach właściwe rozpoznanie opierało się wyłącznie tylko na wynikach uzyskanych ryno-diafanoskopją.

W 12 przypadkach spotkało nas niepowodzenie, gdyż omawiana metoda badania zawiodła. Z tego 7 razy spostrzegaliśmy obustronne jednakowe zaciemnienie okolicy dna nosa, przewodu nosowego dolnego i małżowiny dolnej, podczas gdy w 6 z tych przypadków było cierpienie jednostronne, w jednym zaś zatoki szczękowe były zdrowe. U innych 4 chorych mieliśmy jednostronne zaciemnienie w nosie: okazało się, że w 2 przypadkach obie zatoki były chore, w 2 pozostałych ropną wydzielinę znaleźliśmy w jamie Highmora po stronie przeciwnej zaciemnieniu. We wszystkich 11 przypadkach kości szczękowe były grube, tak iż i zwykła diafanoskopja poza 2 badaniami nie dała wyników. W jednym przypadku wreszcie zajęcia obu zatok szczękowych, stwierdzonego nakłuciem ściany zatok, mieliśmy obustronnie okolice dna nosa i przewodu dolnego jednakowo jasne przy ryno-diafanoskopji. Ściany kości szczękowych były tu bardzo cienkie.

W 7 przypadkach torbieli szczęki górnej badanie ryno-diafanoskopją nie dało jednolitych wyników. W 3 z nich mieliśmy torbiel po jednej stronie, ropne zapalenie zatoki szczękowej po drugiej (nakłucie): badanie nasze wykazało we wszystkich trzech mocne zaciemnienie okolicy przewodu dolnego i małżowiny dolnej po stronie ropnej Highmoritis, lekkie zaciemnienie po stronie torbieli. W 2 innych przypadkach mieliśmy torbiel jednostronną: zaciemnienie przewodu dolnego przy ryno-diafanoskopji stwierdziliśmy po tej samej stronie. Wreszcie w 2 przypadkach jednostronnej torbieli kości górnoszczękowej okolice przewodu nosowego dolnego były po stronie chorej wyraźnie jaśniejsze. Jednak w tych wszystkich przypadkach i inne metody diafanoskopji nie dały lepszych wyników. Z 3 przypadków torbieli szczęki górnej z drugostronnem ropieniem zatoki szczękowej raz mieliśmy zaciemnione obie okolice podoczodołowe jednakowo, dwa razy zaciemnienie po stronie ropnej Highmoritis; objaw *Delobela* raz tylko odpowiadał stronie ropnego zapalenia zatoki szczękowej, dwa razy worek spojówkowy był po obu stronach ciemny. Źrenice we wszystkich trzech przypadkach były ciemne obustronnie. W 4 przypadkach jednostronnej torbieli (przy drugiej zatoce szczękowej zdrowej) jeden raz przy zwykłej diafanoskopji okolica podoczodołowa po stronie torbieli była ciemniejsza, trzy razy nie spostrzegaliśmy żadnej różnicy w sile oświetlenia. Objaw Delobela wypadł we wszystkich ujemnie.

Porównanie dotychczasowych metod badania diafanoskopowego — zwykłej diafanoskopji *Heryng*a, objawu *Delobel*a, objawu *Burger*a z opracowaną przez nas metodą ryno-diafanoskopji (podobną zdaje się do sposobu *Robertsona)* przemawia w ogromnej większości przypadków na korzyść tej ostatniej. Oczywiście, nie daje ona w 100% przypadków pewnych wyników, naogół jednak może być bardzo pomocną, gdy inne metody zawiodły. Począt-

kujący w tej metodzie będzie miał na razie pewne trudności w odczytywaniu dość trudnego obrazu. Dlatego radzę z początku posługiwać się jednocześnie dwoma wziernikami Hartmanna, rynoskopując nimi równocześnie. Wtedy różnice w oświetleniu dolnego przewodu nosowego, małżowiny dolnej, przewodu środkowego lub dna nosa (jego brzeg zewnętrzny) dadzą się łatwiej uchwycić. Prócz tego nie należy stosować zbyt mocnego oświetlenia, gdyż przy słabszem żarzeniu się lampki łatwiej bywa zauważyć różnice (bardzo zresztą delikatne) w zabarwieniu obu jam nosowych.

Jeszcze na jeden szczegół spostrzegany przez nas podczas naszych badań chcieliśmy zwrócić uwagę. Kontrolując otrzymane tą lub inną metodą diafanoskopji wyniki zapomocą przekłucia wewnętrznej ściany zatoki pod dolną muszlą i próbnego przepłókiwania zatoki zauważyliśmy pewien szczegół, występujący dość często tam, gdzie mieliśmy długotrwałe obfite ropienie zatoki szczękowej z dużemi zmianami zapalnemi śluzówki. Mianowicie, podczas płókania zatoki, a w pojedyńczych przypadkach nawet przy aspiracji ropy z zatoki chory odczuwał bardzo silny kłujący ból w okolicy danej zatoki, promieniujący w kierunku wyrostka zębodołowego lub określonego zęba (częściej kła lub pierwszego przedtrzonowego). 24 razy objaw ten spostrzegaliśmy w przypadkach, w których podczas operacji stwierdzano duże zmiany zapalne śluzówki zatoki, oraz cuchnącą obfitą ropną wydzieliną. W 5 przypadkach tylko objaw ten nie odpowiadał dużym zmianom chorobowym zatoki. Brak tego objawu notowaliśmy w wielu przypadkach lżejszego schorzenia zatoki szczękowej, oraz w przypadkach torbieli.

Objaw ten według naszych spostrzeżeń nie można uzależnić od jakichś spraw chorobowych toczących się w okolicy korzeni zębowych; przypisać go należy raczej wzmożonej wrażliwości zapalnie zmienionej śluzówki jamy Highmora.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Hajek.* Nebenhöhlen der Nase. 1926.
2. *Lichtwitz.* Wdł. Hajeka.
3. *Röder u. Seifert.* Wdł. Hajeka.
4. *Skillern.* Accessory sinuses of the nose. 1916.
5. *Coolidge.* Wdł. Skillerna.
6. *Vohsen, Davidsohn, Burger.* Wdł. Skillerna.
7. *Delobel.* Le signe du cul-de-sac conjonctival inférieur dans la translumination de l'antre maxillaire. (Annal. des mal. de l'oreil. 1929).

Odrodzenie cielesne

(Przyczynek do studjów w dziedzinie walki ze starością).

Podał
DR. KAZIMIERZ POŁTOWICZ,
b. intern szpitalny w Lozannie.

Mefistofel.
Rozumnych myśli, bracie, snujesz przędzę.
Na odmłodzenie środków bywa wiele,
Lecz one w innej zapisane księdze
I w innym znajdziesz je rozdziele.
Faust.
Więc jakie?
(„Faust“ Goethego, przełożył Ludwik Jenike).

Po rozczarowaniu, jakie przyniosła w zasadzie mądra i sprawiedliwa teorja *Brown-Sequard'a*, a to z powodu niemożliwości wprowadzenia do organizmu niezmienionej „s p e r m i n y“, poszukiwania wstąpiły prawie wyłącznie na drogę chirurgiczną. Powstały operacje *Steinacha, Woronowa, Dopplera*... I operacje te miały na celu nietylko poprawić zmiany, powstałe wskutek wieku, ale i wszelkie usterki, nabyte podczas długiego życia. Tak przynajmniej sądzę z tego, co miałem sposobność przeczytać o działalności tych niewątpliwie utalentowanych i pomysłowych badaczy. Pozatem przemilcza się o racjonalnym trybie życia, o przestrzeganiu zasad higjeny, o leczeniu według wskazań patologji szczegółowej.

Sądzę jednak, że tak leczenie rozmaitych nadwątlonych narządów, jak i zachowanie przepisów higjeny jest czynnikiem nader poważnym a nawet koniecznym w walce z zespołem niedomagań, stanowiących istotę starości.

Czem że jest starość, jako taka, abstrahując od niej jej satelitów, t. j. różnorodne choroby?

Anatomicznym podkładem starości jest niewątpliwie nader bujny, obfity rozrost komórek i włókien tkanki łącznej, która pierwotnie mając za zadanie spajanie komórek narządów czynnych, (jako to: narządów krwioobiegu, oddychania, trawienia, wydzielenia moczu i im podobnych), w miarę wspomnianego rozrostu zaczyna ugniatać te szlachetne i tak konieczne dla życia ustroju komórki, powodując ich zanik.

W ten sposób płuca tracą swą elastyczność, pęcherzyki płucne, stale rozszerzone, przestają kurczyć się przy wydechu.

Powstaje zadyszka wydechowa, starcza rozedma płuc.

Krew pochłania mniej tlenu i mniej oddaje bezwodnika węglowego.

Jednocześnie z tem, a może jeszcze wcześniej zaczyna niedomagać serce tak w zadaniu wtłaczania krwi do płuc w celu utleniania, jak zarówno w roznoszeniu krwi pomiędzy poszczególne części ciała, zaopatrywaniu komórek w niezbędny pokarm, a tem samem w odżywianiu poszczególnych narządów.

I nietylko serce, ale także zespół jego przedłużeń, system krwionośny, odżywiający tkanki i narządy, ulega z wiekiem poważnym zmianom. W błonie wewnętrznej tętnic rozrasta się tkanka łączna; tracą one w następstwie swą elastyczność, źle odżywiają mózg i inne organy. Ztąd bezsenność starców, bolesne myślenie i upośledzenie wszystkich czynności ustroju. I nie zawsze wiek podeszły stanowi o tych zmianach w tętnicach, a często zmiany owe są wskaźnikiem rzeczywistego zestarzenia osobnika, a nie przeżytych tylko przezeń lat. Ztąd słuszne powiedzenie Francuzów: „każdy ma wiek swoich tętnic“.

Przerost stercza z zespołem objawów moczowych, który tak zamracza starość mężczyzny, przyczynia się w znacznej mierze do przyśpieszenia uwiądu starczego.

Trzeba też mieć na względzie choroby oczu, anomalje refrakcji i akomodacji, oraz braki w uzębieniu, przeciwko którym nauka i sztuka współczesna posiada dość skuteczne środki, a możliwe wyrównanie których jest niezbędne.

Nie zanurzając się w tonie farmakoterapji, która coraz to nowe, często wątpliwe, a czasem prawdziwe skarby na powierzchnie życia wyrzuca, chciałbym jedynie przypomnieć często ignorowane korzyści, jakie w walce ze starością dostarcza balneoterapja, klimatoterapja i inne zbliżone do natury sposoby leczenia.

Są wody mineralne przeznaczone przeważnie dla osób wiekowych, a do takich wód należą zdroje używane w chorobach narządu krążenia, w przewlekłych cierpieniach dróg oddechowych, w przypadłościach gośćca przewlekłego z jego objawami w dziedzinie kości, stawów i mięśni. Nie mówię już o innych.

Podczes zwiedzania mego w roku 1897 wód Nauheimu, gdzie wówczas *Theodor Schaff* zapoczątkował leczenie chorób serca kąpielami kwasowęglowemi i gimnastyką z ręcznym oporem, uderzył mnie widok pacjentów przeważnie o włosach siwych, ruchach powolnych, przerywanych zadyszką, o głosie osłabionym. W owym czasie wszystkich takich chorych leczono szablonowo kąpielami z CO_2. Dziś już odbywa się w tym względzie różniczkowanie.

Nasz kraj również posiada sporą ilość wód tego rodzaju, jak np. Krynica, Nałęczów, Żegiestów, i in. Niektóre zaś zdroje, jak Truskawiec, sztucznie nasycają kąpiele kwasem węglowym, co nie zmienia zresztą postaci rzeczy.

Również chorych wiekowych skupiają szczawy alkaliczne skuteczne przy użyciu wewnętrznem w schorzeniach dróg oddechowych, do których należą Szczawnica, Wysowa, i wiele, wiele innych.

Co do cierpień reumatycznych, to uzdrowiskami, nadającemi się do ich leczenia, są zdroje siarczane, pokłady borowiny. Dla przykładu przytoczę Lubień, Truskawiec, Niemirów, Nałęczów, Żegiestów, Ciechocinek, Swoszowice, Krzeszowice i t. d.

W dalsze szczegóły nie wchodzę, odsyłając czytelnika do starannie redagowanego „Przeglądu Zdrojowo Kąpielowego", organu Polskiego Tow. Balneologicznego i wielu Towarzystw Lekarskich w naszych uzdrowiskach, do podręcznika „Klimatoterapji i Hydroterapji" Prof. Dr *T. Sabatowskiego* i „Przewodnika po uzdrowiskach i letniskach" pod red. Prof. Dr *L. Korczyńskiego* i *Cz. Rokickiego.*

Przechodząc do innych postaci przyrodolecznictwa, w pierwszym rzędzie postawić należy hydroterapję z jej termicznemi, mechanicznemi i chemicznemi bodźcami, tak wysoko potęgującemi przemianę materji, a więc odnawiającemi organizm zużyty i osłabiony. Naturalnie potrzebna tu wielka ostrożność co do sił tych podniet, o czem by też dużo dało się powiedzieć. Z różnorodnych zabiegów wodolecznictwa tak ogólnych, jak i miejscowych dość będzie na tem miejscu wspomnieć o kąpielach nasiadowych (20° C, 2 — 4 min.); zwiększają one przypływ krwi do jamy brzusznej, a pośrednio i do narządów, zawartych w mosznie, co potężnie wzmaga wytwórczość gruczołów *Leydiga,* zasilenie hormonami dojrzewania całego ustroju i w szczególności reszty narządów hormonotwórczych.

Pozatem fizjoterapja daje nam moc innych wartości leczniczych, o których przedewszystkiem nadmienić należy, że dla osobników wiekowych winny być stosowane z bacznym wyborem i w postaciach znacznie łagodniejszych, niż to ma miejsce, gdy chodzi o ludzi młodych. A temi walorami są: klimat podgórski (wysokość nieprzekraczająca pewnych granic), kąpiele słoneczne (przeciwwskazane w miażdżycy tętnic), kąpiele powietrzne, masaż o którym mowa będzie niżej, gimnastyka i sporty (bardzo łagodne), klimat morski i morskie kąpiele. Jeszcze większej ostrożności wymaga zastosowanie kwarcówki czy elektryczności, tego ruchu sztucznego i intensywnego.

Autoendocrinotherapia.

Korzystanie z hormonów w celach walki ze starością i z chorobami odbywało się dotąd przeważnie przez zasilanie ustroju substancjami, zapożyczonemi zzewnątrz, inkretami z narządów zwierzęcych. Była to niejako pożyczka zewnętrzna, polegająca na wstrzykiwaniach podskórnych, względnie dożylnych i domięśniowych, rzadziej na użyciu przetworów per os.

Tylko *Steinach i Doppler* nie wprowadzali do organizmu tych ciał obcych, dążąc jedynie drogą zabiegów krwawych do zamagazynowania największej ilości produktów wytwarzanych przez komórki

Leydig'a, które to komórki naturalnemi drogami, t. j. przez naczynia krwionośne, zaopatrują energją życia i czynu poszczególne narządy oraz budzą do usilnej wytwórczości inne gruczoły dokrewne.

Woronow usiłował zastąpić zestarzały, czy też nieczynny gruczoł rozrodczy, przez transplantację, czyli przeszczepianie młodego, w pełni sił będącego analogicznego gruczołu od osobników tego samego lub pokrewnego gatunku (greffe testiculaire).

Jednak *Steinach* podwiązując coni vasculosi Halleri, pozbawiał narząd jednej z jego funkcyj w nadziei, że się druga czynność polepszy. Atoli czyż w rozdźwięku tych dwóch czynności fizjologicznych mamy szukać dobra ustroju, a nie raczej w ich zgodnej, harmonijnej pracy, o której *Miecznikόw* w swych rozważaniach o odmładzaniu powiedział: „Potęga ludzkiego umysłu zdoła z czasem przywrócić harmonję naturze, jak włada już teraz harmonją tonów". A że jest pomiędzy temi dwiema funkcjami całkowita zgodność, tego dowodzi prawo natury, zgodnie z którem obie harmonijnie znajdują się w stanie rozkwitu w młodości i gasną stopniowo na starość. Wszak fizjologiczne (nie patologiczne) starzenie się odbywa się współcześnie we wszystkich narządach i tkankach stosownie do indywidualnego układu, a wyrazem tej harmonji są stopniowe zmiany w zawartości wody, wapnia, cholesteryny i azotu w rozmaitych tkankach zależnie od wieku.

Na stałą korelację pomiędzy obu narządami tak zbliżonemi do siebie anatomicznie, a raczej wzajemnie przyległemi, wskazuje ponadto okoliczność, że cały ustrój korzysta z wydzielania gruczołu rozrodczego, że mamy w tym gruczole do czynienia nietylko z wydzielaniem nazewnątrz (secretio), ale i z wewnętrznem wydzielaniem, że ustrój na własne dobro to wydzielanie pochłania (incretio). Tego dowodzi doświadczenie życiowe. Wykluczenie lub znaczne uszczuplenie w gospodarstwie organizmu tego wydzielania przez wszelkiego rodzaju ekscesy prowadzi do charłactwa tak fizycznego, jak i psychicznego, co obserwujemy na przykładzie tych, którzy nierozważnie szafują tym cennym materjałem. Przecież ludzie wstrzemięźliwi, umiarkowani są, caeteris paribus wzorem tężyzny ducha i ciała, jak to nieraz widzimy na osobnikach, którzy z różnych względów zachowują prawdziwy a nie nominalny tylko celibat, bo są przecież i tacy. W tych razach wydzieliny glandulae genitalis resorbują się i rozchodzą po tkankach, gdyż inaczej nie wmieściłyby je kolektory (vesiculae seminales). Przypuśćmy, że w tych razach pomienione gruczoły wytwarzają mniej sekretu, to jednak nie możemy przyjąć zupełnie ich bezczynności, albowiem takowa, istniejąca przez czas dłuższy, prowadziłaby do zaniku. A że tak źle nie jest, najlepszym dowodem może służyć przykład młodego człowieka, który żeni się w wieku lat około 25, zachowując do tego czasu absolutną wstrzemięźliwość. Czytamy przecież rady najwybitniejszych powag, skierowane do młodzieży, że wstrzemięźliwość przed małżeństwem konieczną jest tak ze względu na nakazy moralne, jak i gwoli wymagań higjeny. „L'expérience prouve — mówi francuzki autor — que la chasteté, c'est à — dire l'abstention des relations sexuelles outre qu'elle préserve les jeunes gens des maladies vénériennes, a une influence des plus favorables sur l'intelligence et la santé générale à l'âge de 18 à 25 ans, qui coincide notamment dans les situations libérales, avec un travail intensif. Plus tard les avis sont discutés et il semble que l'abstention absolue pour l'homme peut présenter les inconvénients: la suppression de la fonction d'un organe entrainantson atrophie". [1]).

Wobec tego najlepszy wynik zdaje się dawać operacja w razie, gdy zabieg wykonany jest tylko po jednej stronie, w tym bowiem wypadku chociaż w połowie zachowaną jest dla ustroju produkcja gruczołu rozrodczego.

Tyle o *Steinachu*.

Woronow w celu odrodzenia fizycznego ustroju zastosował zasadę przeszczepiania tkanek, od wieków znaną w ogrodnictwie i dającą świetne wyniki w rękach chirurgów przy wypełnianiu defektów w narządach i tkankach za pomocą odpowiedniego materjału, wziętego od tego samego osobnika lub od osobnika znajdującego się w granicach tego samego gatunku (species). W danym razie wchodzi w grę homo sapiens. Ponieważ z natury rzeczy trudnem było korzystanie z materjału przeszczepowego, dostarczonego przez człowieka, wypadło zwrócić się do antropoidów. W tem tkwi kamień obrazy. Organizm nie godzi się na przyjęcie obcego ciała i wcześniej czy póź-

---

[1]) Larousse Medical. Paris, 1924, p. 226.

[135]

niej bądź je eliminuje, bądź też resorbuje. Wynik dodatni trwa niedługo.

Tem się tłumaczy upadek metody *Woronowa.*

Dalszem ogniwem w łańcuchu trwożnej od wieków tęsknoty poszukiwań za środkiem przedłużającym życie, była metoda *Dopplera.* Młody chirurg wiedeński oparł swoje poszukiwania na słusznej zasadzie, że aby narząd sprawniej pracował, należy mu dostarczać więcej materjału odżywczego, w naszym przypadku należy gruczoł dokrewny usilniej krwią zaopatrzyć. To tak, jakby maszynie parowej więcej paliwa dokładać.

W tym celu *Doppler* rozszerzał kurczowo zwężone naczynia krwionośne zapomocą spalania Isophenalem gałązek nerwu współczulnego, otaczających kurczowo zwężone naczynia, doprowadzające krew do gruczołu dokrewnego (Sympathico — diaphteresis) [1]).

Wyniki tych zabiegów, według świadectwa autorów, są bardzo dobre i trwałe.

Tej idei *Dopplera* zapragnąłem nadać inny kierunek, podnieść wydajność gruczołów *Leidiga* bez operacji krwawej. Za fundament poszukiwań położyłem zasadę *Darwina,* iż narząd stwarza się i doskonali przez funkcjonowanie. Trzeba więc wywołać wzmożoną działalność gruczołu śródmiąższowego (t. j. gruczołu *Leydiga),* mobilizować jego wydzielanie do naczyń krwionośnych, które zaopatrują inne narządy, w tej liczbie cały szereg gruczołów dokrewnych.

Ale o tem mowa będzie niżej.

W walce z uwiądem starczym, ze zmianami, wywołanemi niszczycielską dłonią czasu, badacze zwrócili główną uwagę na inkret gruczołu śródmiąższowego, inkret dojrzewania i dojrzałości. W tem zapatrywaniu jest dużo prawdy, gdyż inkret ten reguluje produkcyjną działalność innych gruczołów dokrewnych, może nawet wszystkich. A jednak są przypadki, gdzie przyczyny upadku organizmu należy poszukiwać w zmienionej produkcji swoistych hormonów przez inne gruczoły dokrewne i gdzie działalność jądrowa upośledza się skutkiem ujemnego wpływu w kierunku niedomogi lub wzmożonego wydzielania przysadki mózgowej czy też tarczycy. Zresztą, pomijając te wtórne wpływy, jakże często gruczoły drugorzędne zachorowują samoistnie, że tak powiem na swój własny rachunek.

Wiadomo, iż zmiany w sile i jakości produkcji tych gruczołów już nieraz rzucają się w oczy à distance.

Tak niedomoga przedniego płata przysadki mózgowej wyraża się we wzroście karłowatym, infantylizmie lub zespole tłuszczowo-genitalnym. Natomiast nadczynność tego gruczołu prowadzi do przerostu całej postaci lub poszczególnych jej części (gigantyzm i akromegalia).

Nadczynność *szyszynki mózgowej* była spostrzegana w nowotworach tego gruczołu i oprócz nadmiernego wzrostu i wczesnego rozwoju narządów płciowych wykazywała ciężkie objawy mózgowe, prowadzące do zejścia śmiertelnego.

Tarczyca. W niedomodze jej spotykamy obrzęk śluzowaty; otyłość; brak brwi całkowity lub ich części zewnętrznych. Nadczynność tarczycy powoduje chorobę *Basedowa* lub wyraża się w długo utrzymującym się młodzieńczym wyglądzie, w obfitych brwiach i rzęsach.

Niedomoga *przytarczyc,* powodująca przy znaczniejszem nasileniu tężyczkę, przejawia się w lżejszych przypadkach troficznemi zaburzeniami paznokci i włosów.

Co do *grasicy,* powodującej u noworodków w razie przerostu śmierć nagłą, to w wypadkach jej niedomogi notujemy upośledzenie inteligencji, węchu i słuchu.

Nadnercza w razie niedomogi wywołują zaburzenia barwnikowe *(Addison)* i nizkie ciśnienie krwi.

Natomiast w nadczynności ciśnienie to znacznie się wzmaga bez jakichkolwiek innych nieprawidłowości sercowo-naczyniowych; pozatem rzuca się w oczy obfite uwłosienie całego ciała.

Wobec tej możliwości samoistych schorzeń gruczołów dokrewnych, podległych naczelnemu gruczołowi *Leydiga,* czasem niewystarczającem jest stosowanie zabiegów wyłącznie do tego naczelnego gruczołu.

Zarówno rozumowania teoretyczne, jak i logika faktów każą nam wskazania te rozszerzyć.

Pragnieniem mojem jest korzystać, w dziedzinie opoterapji gruczołowej, z materjałów, które narządy dokrewne danego osobnika same nagromadzają, te już istniejące hormony wprowadzać do krwioobiegu, co wskutek większego odpływu,

[1]) Por. Polska Gazeta Lekarska, 1929, Nr. 24, str. 466, Streszcz. odcz. Czarskiego.

prowadzić ma do większego ich wytwarzania.

Tę czynność proponuję rozszerzyć możliwie na inne gruczoły dokrewne, nie uciekając się do jakiejkolwiekbądź interwencji chirurgicznej.

Proponuję wreszcie nazwać tę metodę *autoendokrinoterapją.*

Czy wszystkie gruczoły dokrewne dostępne są naszym wpływom? Czy możemy pobudzić je do usilnej działalności, do wzmożonego zasilenia narządów produktami, przeznie wytwarzanemi?

Tak. Ale na niektóre, np. parzysty gruczoł *Leydiga,* jako leżący nazewnątrz, przykryty dość cienką powłoką, na tarczycę jesteśmy w stanie zadziałać bezpośrednio mechanicznie, masując je, ugniatając, wyciskając ich zawartość. Zaś inne, chronione przez twarde ściany, do których zaliczamy przysadkę i szyszynkę mózgową, mogą być poruszane tylko pośrednio, drogą podrażnień obwodowych zakończeń mniej lub więcej związanych z nimi nerwów, wreszcie podniecenie do czynu niektórych gruczołów, osłoniętych grubą warstwą innych miękkich tkanek, możliwem jest głównie drogą transmisji przez wszystkie pokłady powłok.

Idąc zgóry nadół, zaczniemy od przysadki mózgowej. Bezpośrednio działać na nią mechanicznie, jak już nadmieniłem, nie jesteśmy w stanie. O ile chodzi o przerost lub nowotwory, powodujące hyperprodukcję inkretu i w następstwie akromegalję czy gigantyzm, wskazanem jest naświetlanie promieniami *Roentgena.* Naświetlanie to odbywa się w okolicy czołowo-skroniowej na zasadzie ogólnej leczenia przerostów i nowotworów. O zabiegu chirurgicznym drogą trepanacji mówić tu nie będziemy.

Inaczej rzecz się ma w przypadku niedomogi wydzielniczej przysadki. Dążąc do przekrwienia i lepszego odżywiania tej części mózgu, zwracamy przedewszystkiem uwagę na nerwy wzrokowe, tak blizko związane topograficznie z przysadką. Oddziaływać na nerwy wzrokowe możemy wszelkiego rodzaju wrażeniami wzrokowemi, wśród których przyjemne wrażenia okazują dodatni wpływ na krwioobieg podstawy mózgu, wskutek tego powstaje instynktowne poszukiwanie takich wrażeń i oddziaływanie dodatnie na nastrój człowieka. Miłe wrażenia słuchowe również regulują w dodatnim kierunku cyrkulację krwi na podstawie mózgu, czem się tłumaczy dobroczynny wpływ muzyki w rozmaitych zaburzeniach nerwowych. Przy tem stwierdzonem zostało, że dźwięki monotonne sprowadzają sen, a więc anemję mózgu, jednak nawet nieznaczne wrażenie podczas snu, niezdolne obudzić śpiącego, powoduje znaczny jakkolwiek krótkotrwały przypływ krwi do mózgu *(Mosso).* W ten sposób nerw słuchowy jest dobrym przewodnikiem naczynioruchowych wpływów na mózg.

Tarczyca, położona dość powierzchownie, dostępna jest bezpośredniemu miesieniu. O ile mamy do czynienia z niedomogą wydzielniczą tarczycy, masaż, polegający na gładzeniu i lekkim ucisku może być użyteczny. Przy spotęgowanem wydzielaniu tego gruczołu miesienie, naturalnie, byłoby przeciwwskazane i w tym razie, jak i w innych przypadkach, trudno byłoby obejść się bez opoterapji gruczołowej (Antithyreoidin).

Nadnercza, osłonięte nie tak grubą warstwą mięśni ze strony tylnej powierzchni ciała, są w pewnym stopniu dostępne miesieniu w okolicy mięśni lędźwiowych, i aparat *Zandera* do masażu wibracyjnego, jak i przyrządy innych wynalazców, odpowiada zadaniu poruszenia inkretów, zawartych w tych gruczołach [1]).

Trzustka leży zagłęboko, abyśmy mogli oddziaływać na nią mechanicznie bezpośrednio.

A więc i tu terapja preparatami, dobytemi z narządów zwierzęcych, pozostaje w całej mocy.

Inaczej rzecz się ma z gruczołami *Leydiga.* Wieloletnie doświadczenie poucza, że ani zażywanie wewnątrz, ani też wstrzykiwania przetworów i wyciągów ex testiculis nie dały dotąd zadawalniających wyników w walce ze starzeniem się, a poszukiwania coraz to nowych sposobów operacyjnych, wśród których mamy nawet trwałe okaleczenia, dowodzą, że łagodna terapja apteczna nikogo dotąd nie zadowolniła. Bo też i hormon, o który nam chodzi, nie został dotąd wyosobniony, a skład jego chemiczny nie został ujęty we wzór matematycznie ścisły.

Wykrycie w 1931 roku naczelnego hormonu seksualnego, zawartego w przednim płacie przysadki, za pomocą którego *Stei-*

---

[1]) Naturalnie. nowotwory złośliwe — lub gruźlica nadnerczy, stanowią bezwzględne przeciwskazanie dla tych zabiegów.

nach, Aschheim, Zondek, odmładzali zwierzęta, wymaga jeszcze dalszych potwierdzeń co do trwałości dodatnich wyników.

Te motywy naprowadziły mnie na myśl, że najbardziej racjonalnem w celach odmładzania jest korzystanie dla każdego danego ustroju, z inkretu dojrzałości, wyrabianego przez ten sam ustrój. Co zresztą, jak wyżej podałem, było moją przewodnią myślą w zastosowaniu i do reszty gruczołów dokrewnych.

Zaś dla powodzenia zamierzeń konieczne są dwa warunki: 1°, żeby ustrój posiadał jeszcze żądany inkret, t. j. żeby stosowanie zabiegów nie było spóźnione i 2°, żeby inkret był należytej jakości, dla której koniecznem jest brak znaczniejszych odchyleń od pełnowartości całego ustroju.

Na czem że polega autoendokrinoterapja w zastosowaniu do zasilenia organizmu produktami gruczołu dojrzałości?

Metoda ta, dająca możność uniknięcia zabiegów operacyjnych, bądź co bądź zawsze połączonych z pewnem ryzykiem dla operowanego, oraz pominięcia wprowadzania do krwioobiegu wątpliwych preparatów, — polega na masażu, a raczej lekkiem ugniataniu gruczołów dojrzałości. — W ten sposób mobilizuje się hormon, wyrabiany przez komórki *Leydiga* i unosi się w rozmaitych kierunkach z krwią żylną. Odbywa się więc irygacja, sztuczne polewanie ożywczym płynem całej masy komórek, stanowiących tkanki ciała, a w tej liczbie i komórek, z których składają się inne gruczoły dokrewne.

Niestety, gruczoł dokrewny *Leydiga* (glande interstitielle ou de la morphogénèse) anatomicznie związany jest z gruczołem seksualnym, który jednak nieco mocniej przechowuje w kanalikach swoją zawartość. Wobec tego ugniatanie powinno być jednocześnie dość silne, aby mobilizować zawartość gruczołu dojrzałości i niezasilne, aby nie wprowadzać w ruch produktów, znajdujących się w sąsiednich kanalikach. Nie byłoby dla nas bowiem korzystnem budzić libido sexualis, gdyż prowadziłoby to do pewnego wyczerpania sił i obniżenia lub zniesienia dobroczynnego działania inkretu.

Miarą wystarczalności działania zabiegu powinno być zarówno uczucie dotyku lekarza, jak i odczuwanie wrażenia przez pacjenta.

Dozowanie zabiegów tak pod względem każdorazowych ugniatań, jak i częstości tych ostatnich oraz czasu trwania „kuracji“ całkiem zależnem jest od indywidualnych warunków każdego przypadku. A więc zastosowanie metody powinno być przez cały czas jej trwania kontrolowane przez badania, oparte na zasadach nauki. Tu wchodzi: mierzenie siły mięśniowej za pomocą dynamometru, mierzenie parcia krwi, działalności serca, stanu tętna, przemiany podstawowej etc. etc. etc.

Wobec tego nie można dostatecznie przestrzec osób zainteresowanych od powierzania zastosowania mojej metody siłom niefachowym, jak również od „samoleczenia“, gdyż pomimo wadliwej techniki, nieracjonalnego dawkowania, prowadzenie zabiegów bez naukowej kontroli może doprowadzić do skutków, których naprawić żadną miarą już się nie da.

Pamiętać należy, że zbyt forsowne pobudzanie do pracy gruczołu bądź co bądź już zużytego długoletnią działalnością, zbytni popyt na wytwory komórke śródmiąższowych, może wywołać zupełne wyczerpanie i zanik ich. A więc dodatek do nazwy endokrinoterapja przyrostka „auto“ ma nie czynne, lecz bierne znaczenie, na wzór słowa autohemo.

Przystępując do zastosowania mojej metody, należy przedewszystkiem wziąć pod uwagę wiek osobnika. I zdaje się, że optimum wieku będzie nieprzekroczony 65 rok życia. Wszelako ponieważ granica poczynającego się starzenia, jak i zakończenie wstecznego rozwoju organizmu jest wielkością niestałą, to stosujemy się tu do indywidualnych cech osobnika.

Również badanie lokalne, t. j. badanie stanu gruczołów dokrewno-seksualnych, powinno poprzedzać rozpoczęcie kursu autoendokrinoterapji. Przecież nie mówiąc już o zupełnym zaniku gruczołów lub ich wrodzonym braku, czy ektopji, mamy cały szereg chorób, z któremi musimy w ten lub inny sposób się liczyć przy zastosowaniu autoendokrinoterapji.

Temi chorobami są liczne co do etjologji i charakteru patologo — anatomicznego orchitis, epididymitis lub orcho — epididymitis.

Tak urazowe zapalenia wskutek stłuczenia (contusio) zewnętrznego lub urazu cewnikowania mogą prowadzić do zmian zarówno ostrych, jak i przewlekłych w całym narządzie lub poszczególnych jego częściach. W ostrych przypadkach, rozumie się, należy przeczekać z zastosowaniem

metody aż do wyzdrowienia, zaś w przypadkach przewlekłych mamy do rozwiązania delikatne zagadnienie, o ile mobilizacja zawartości gruczołu nie przyniesie szkody ustrojowi. Ta szkoda zagraża ustrojowi bardziej jeszcze w przypadkach, gdy chodzi o zapalenie natury infekcyjnej, a takich zapaleń istnieje nie mało. Najbardziej częste są: Epididymitis blennorrhagica, Orchitis et Epididymitis syphilitica, Tuberculosis testiculi; wyjątkowo mogą wchodzić w rachubę zapalenia na tle świnki, płonicy, duru, ospy, gośćca i in. Naturalnie że we wszystkich tych zapaleniach może być mowa, a raczej rozważanie, o jakichś zabiegach tylko w przypadkach zastarzałych przewlekłych, co zresztą głównie daje się obserwować w starości.

Również trzeba mieć na względzie nowotwory złośliwe, które wykluczają wszelki zabieg.

Nie mówię już o zapalnych wysiękach powłok, gdyż te uniemożliwiają dostęp do narządu.

Podana tu autoendokrinoterapja przez mobilizację zawartości gruczołów *Leydiga* w większości wypadków podniesie nietylko sprawność tych gruczołów, ale wpłynie dodatnio i na inne narządy dokrewne, gdyż gruczoł dojrzałości jest niejako kapelmistrzem w orkiestrze gruczołów dokrewnych *(Bychowski)*.

Ważnym pomocniczym środkiem w osiągnięciu zamierzonego celu, t. j. odbudowy fizycznej podupadłego wskutek wieku ustroju, jest ogólny masaż ciała.

Działanie fizjologiczne, a więc i lecznicze masażu składano dotąd na karb ożywienia krwiobiegu, wzmocnienia mięśni, wzmożenia giętkości stawów pogłębienia oddechów, topienia tłuszczu. Nie zaprzeczając doniosłości tych działań, powinniśmy dodać do nich poruszenie hormonów, gdyż takowe znajdują się we wszystkich tkankach naszego ciała. Stwierdzonem zostało, iż hormon analogiczny, czy też identyczny, z hormonem serca, wytwarzanym przez komórki okolicy zatokowej, wiązki *Hisa*, węzła *Aschoff-Tawary*, znajduje się również w mięśniach szkieletu (Hormocardiol, Lacarnol, Myostriatol.

Ponieważ ten hormon mięśniowy pobudza, nasila i reguluje działalność serca, ztąd wnioskujemy, że wytwarza się on w samych mięśniach, a nie dostaje się do nich z serca i że stosowany oddawna w chorobach serca masaż ogólny ma nie tylko mechanoterapeutyczną, lecz i krinologiczną podstawę.

Zastrzegając sobie dalsze badania i obszerniejsze opracowanie poruszonego tematu, w zakończeniu kładę nacisk na doniosłe znaczenie autoendokrinoterapji gruczołu *Leydiga* w dziedzinie walki ze starzeniem i odmładzania, a może i leczenia wielu chorób, w jakim kierunku wytknęli już drogę poprzedni badacze.

Patologja jaglicy

Prof. Dr. J. Lauber [1]).

(Wykład dnia 13 lutego 1933 r.).

Na podstawie pokazów preparatów mikroskopowych prelegent wskazuje na cechy anatomo-patologiczne jaglicy. Nacieczenie warstw podnabłonkowych, sięgające wgłąb tkanek wytworzenie się jagieł i wskutek ich powiększenia zgęszczenia otaczającej tkanki łącznej, nie posiada tak znamiennych cech, żeby na podstawie obrazu mikroskopowego można było odróżnić jaglicę od innych postaci przewlekłego zapalenia spojówki. Zmiany w nabłonku i w tarczce, w których to zmianach biorą udział gruczoły Meiboma, przeciwnie do innych zapaleń spojówki kończą się wytworzeniem się tkanki bliznowatej i zanikiem tkanki swoistej. Powszechne zbliznowacenie spojówki, tkanki podspojówkowej i tarczki, oraz udział rogówki w schorzeniu stanowi także z punktu widzenia anatomopatologicznego właściwą cechę jaglicy.

[1]) Poniżej podajemy krótkie streszczenia wykładów z ostatniego kursu przeciwjagliczego, który odbył się od 13 — 1 8lutego 1933 r. w P. Z. H. pod kierownictwem D-ra M. Zacherta.

O walce ze ślepotą

W. H. Melanowski.

(Wykład dnia 18.II. 1933).

Na podstawie badań autora w 155 przypadkach ślepoty zanik nerwów wzrokowych spowodował ślepotę w 17,4% przyp.; zapalenie błony naczyniowej oka w 16%, śluzoropotok noworodków w 8,5%, wysoka krótkowzroczność w 6%, jaskra wieku dziecięcego w 5%, choroby zakaźne w 4%, jaglica w 4%, jaskra w 4%, ospa, odwarstwienie siatkówki, małoocze i zwyrodnienie barwnikowe siatkówki w 3%.

Zapobieganie ślepocie wyrazić się powinno w walce z chorobami wenerycznemi, a w szczególności z kiłą, która nieleczona w znacznym odsetku powoduje schorzenia oka, kończące się ślepotą. Podobnie ważne jest w domach porodowych stosowanie 2% lapisu do worka spojówek noworodków, jako zabieg Credégo. W żadnym przypadku, ani w zapobieganiu, ani w leczeniu rzeżączki spojówek nie wolno stosować zamiast lapisu soli organicznych srebra, które naogół są niepewne w działaniu. Do chorób dzieciństwa niebezpiecznych dla oczu należą zołzy i tu obok leczenia miejscowego oczu konieczne jest leczenie ogólne chorego. Leczenie jaglicy oraz środki zapobiegawcze, broniące oczy przed zranieniem przy pracy też bardzo wielu obywateli uchronią od niechybnej ślepoty. Od wrodzonych cięższych wad oka, jak wodoocze, małoocze, zwyrodnienie barwnikowe siatkówki, krótkowzroczność uchronić może jedynie racjonalne zastosowanie zasad eugeniki.

SPROSTOWANIE.

W numerze kwietniowym „Wiedzy“ przez omyłkową zamianę podczas łamania numeru mylnie umieszczono nazwiska prelegentów kursu przeciwjagliczego. Wykład „Jaglica a zdolność do pracy“ wygłosił Prof. J. Lauber, a „Leczenie powikłań jaglicy“ Doc. W. H. Melanowski. Mylnie również wydrukowano: Doc. Kapuściński, zamiast Profesor Kapuściński, co niniejszem prostujemy.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Bacillemia gruźlicza w przebiegu ostrych nie gruźliczych spraw zakaźnych. (Bacillémie tuberculeuse au cours d'infections aigues non tuberculeuses). T r o i s i e r, S a n c t i s M o n a l d i, C a t t a n et C o u r i l s k y.

Presse Médicale. N. 96. 1932.

Autorzy posługując się metodą *Lowensteina i Petraniniego* badali systematycznie na obecność laseczników gruźliczych krew chorych na cierpienia zakaźne ostre stwierdzone bakterjologicznie. Wynik dodatni otrzymali w 4 na sto zbadanych przypadków, (zapalenie płuc, złośliwe zapalenie wsierdzia i zapalenie opon mózgowych na tle meningokokowem). W ostatnim przypadku w płynie mózgowordzeniowym nie znaleziono kwasoodpornych laseczników, w przypadku zapalenia płuc nie stwierdzono po wyzdrowieniu ani klinicznie, ani rentgenologicznie zmian płucnych, u chorej zmarłej na zapalenie wsierdzia również nie stwierdzono punktu wyjścia dla laseczników gruźliczych we krwi. Autorzy przypuszczają, że obecność laseczników Kocha we krwi, opisanych chorych, była wyrazem uprzedniego utajonego zakażenia gruźliczego. Pod wpływem nowego zakażenia lasecznik gruźliczy wyszedł ze swego ukrycia do krwi, jednak nie był on patogenicznym dla osobnika u którego przebywał, nie był ani przyczyną nowej choroby, ani nawet jej ostrego przebiegu, gdyż chory z zapaleniem płuc przyszedł zupełnie do siebie i w następstwie żadnych zmian w płucach nie wykazywał. Z posiewów znalezionych laseczników otrzymał autor hodowle jadowite typu ludzkiego. Badania autora wykazują więc, że laseczniki gruźlicze mogą się znajdować we krwi w przebiegu nie gruźliczych cierpień zakaźnych i z tego też względu wnioskowanie o gruźliczem pochodzeniu jakichkolwiek objawów chorobowych powinno być bardzo ostrożne. Widać ponadto, że pod wpływem odmiennego zakażenia lasecznik gruźliczy może być wygnany ze swego ukrycia bez rozsiania i osadzenia się w całym ustroju.

Działanie vagotoniny w nadciśnieniu tętniczem. (Effets de la vagotonine dans l'hypertension arterielle). A b r a m i, S a n t e n o i s e, B e r n a l.

La Presse Médicale. N. 17. 1933.

Vagotonina jest wyciągiem trzustki, zawierającym hormon różny od insuliny, którego działanie wyraża się głównie we wzmożeniu pobudliwości odruchowej i nasileniu napięcia ośrodków parasympatycznych. Vagotonina zdaje się zwalniać wydzielanie adrenaliny i zmniejszać jej skuteczność, ponadto powiększa ona działanie odruchów obniżających ciśnienie krwi i zwalniających akcję serca. Autorzy stosowali vagotoninę drogą podskórną w dawkach od 0.020 — 0,040 mg. nie stwierdzając żadnych niekorzystnych objawów tego środka, który zresztą na poziom ciśnienia krwi ludzi zdrowych nie wywiera wpływu. Vagotoninę podawali autorzy ponadto jeszcze 80 chorym z nadciśnieniem, którzy poprzednio w przeciągu 10 dni leczeni byli spokojem i ograniczeniem podawania płynów. Bezpośrednie działanie jednego wstrzyknięcia vagotoniny wyraża się spadkiem ciśnienia skurczowego, rozkurczowego oraz wskaźnika oscylometrycznego. Charakterystyczną cechą vagotoniny jest, że spadek ciśnięnia występuje powoli, utrzymuje się do 24 godzin, poczem ciśnienie powoli się podnosi, nie przekraczając swego poziomu przed zastosowaniem środka. W okresie działania vagotoniny odruch okołosercowy jest wzmożony, równocześnie zmniejsza się pobudliwość i napięcie układu nerwu współczulnego. Ani insulina oczyszczona, ani angioxyl nie wpływają na poziom ciśnienia krwi u osób wrażliwych na vagotoninę, zresztą ani te środki, ani inne, jak trinitrina, yohimbina, acetylcholina nie wywołują tak spóźnionego i długotrwałego obniżenia ciśnienia krwi, jak vagotonina. Działanie vagotoniny nie jest jednak stałe, zaznacza się ono najwyraźniej u osób starszych, u miażdżycowych, ponadto — szczególnie wrażliwe są na vagotoninę osoby, wykazujące wzmożenie napięcie układu nerwu współczulnego.

Vagotonicy nagół mało reagują na vagotoninę. Autorzy badali także działanie vagotoniny, stosowanej przez czas dłuższy. Podawali oni ją wtedy w serjach 20 dniowych w czasie których codzień wstrzykiwano po 20 mg. vagotoniny z miesięczną przerwą między poszczególnemi serjami. Przy tem leczeniu znaczna ilość chorych wykazała wyraźną poprawę, ciśnienie krwi opadło na czas dłuższy i poprawa utrzymywała się po zaprzestaniu wstrzykiwań. Działanie vagotoniny zaznacza się szczególnie wyraźnie w okresach podwyższania się ciśnienia krwi, w czasie gdy ciśnienie jest prawidłowe wywołuje ona raczej lekkie podwyższenie. Z tego punktu widzenia jest vagotonina raczej środkiem regulującym ciśnienie, niż je obniżającym. Powikłań ważniejszych w czasie podawania vagotoniny autorowie nie spostrzegali, raz tylko po bardzo dużej dawce vagotoniny wystąpił znaczny spadek ciśnienia krwi, w kilku innych przypadkach spostrzegali pokrzywkę, przypuszczając, że jest ona pochodzenia anafilaktycznego. Autorzy dochodzą do wniosku, że vagotonina nadaje się szczególnie w przypadkach nadciśnienia zmiennego, wahającego się, w których działa ona korzystnie jako hormon regulujący ciśnienie krwi.

Podciśnienie tętnicze ortostatyczne. (L'hypotension arterielle orthostatique). L i a n et B l o n d e l.

Paris Médical. N. 8. 1933.

Wartość ciśnienia tętna t. j. różnicy między ciśnieniem skurczowem i rozkurczowem jako też wskaźnika oscylometrycznego jest największa w pozycji leżącej. Ciśnienie skurczowe krwi w po-

zycji stojącej albo się nie zmienia, albo najczęściej się nieznacznie podnosi, ciśnienie rozkurczowe jest naogół w pozycji stojącej nieco wyższe, niż w leżącej. W pewnych przypadkach spadek ciśnienia w pozycji stojącej jest bardzo znaczny, wynosząc 4 — 6 — 10 cm. Hg. Ortostatyczne niedociśnienie tętnicze jest objawem patologicznym, mogącym wystąpić u osób że stałem niedociśnieniem ale dotychczas spostrzegano je u osób z ciśnieniem prawidłowem lub z ciśnieniem wysokiem. Nagły spadek ciśnienia krwi przy zmianie pozycji z leżącej na stojącą wyraża się uczuciem osłabienia, zawrotami głowy, zamroczeniami, mogącemi dojść do prawdziwego omdlenia, czasami występują zamroczenia wzroku, szum w uszach, uczucie osłabienia, które przechodzi powoli gdy chorzy pozostają chwilę w pozycji leżącej. Czasami objawy zjawiają się nietylko przy zmianie położenia ciała, ale i po większem zmęczeniu lub szybszym ruchu. Chorzy nie wykazują żadnych innych zmian klinicznych. Spadek ciśnienia krwi w pozycji stojącej jest wywołany zaburzeniami krążenia natury naczynioruchowej, wszystkie zaś następstwa tego spadku są spowodowane niedokrwieniem ośrodków nerwowych. Leczenie nagłego spadku ciśnienia jest dotychczas niepewne. Zalecano środki uspakajające układ nerwowy, efedrinę, noszenie pasa, etc.

Przewlekłe zapalenia opłucnej z nieznacznemi podwyższeniami ciepłoty. (La pleurite febriculaire chronique). M a n t o u x.

Presse Médicale. N. 5. 1933.

Autor opisuje zespół objawowy spostrzegany przez niego u młodych kobiet, którego cechą charakterystyczną było przedewszystkiem niezbyt znaczne, nie przekraczające 38°, ale uporczywe podwyższenia ciepłoty, trwające nieraz przez czas bardzo długi, nasilające się w okresie przedmiesiączkowym, obniżające się po nim. U chorych tych stwierdzano klinicznie tylko nieznaczne objawy w postaci drobniutkich trzeszczeń poniżej i powyżej grzebienia łopatki. Trzeszczenia są wyrazem suchego zapalenia opłucnej w tych miejscach, które są bolesne i wrażliwe przy ucisku. Objaw ten zachowuje się równolegle do ciepłoty, rozszerzając się gdy ciepłota się podnosi, zmniejszając gdy się obniża. Chorzy są osłabieni, pocą się nocami, są niezdolni do żadnego wysiłku, tracą na wadze, ale nie kaszlą, nie mają plwociny, badanie rentgenologiczne wykazuje stosunki normalne. Objawy te trwają naogół latami, jednakże w końcu chorzy wracają do stanu prawidłowego, zachowując jednak pewną skłonność do zaziębień. Charakter całej sprawy jest tak podobny do zakażenia gruźliczego, że należy je przyjąć, w braku innej etiologji. Sprawa jest bardzo oporna na leczenie. Dłuższe leczenie klimatyczne w różnych klimatach, w okolicach górskich, nad morzem, na Riwierze, leczenie sanatoryjne pozostało bez wyniku. Wobec uporczywości sprawy autor zastosował leczenie antygenem metylowym, który podawał początkowo w rozcieńczeniu w dawkach po 2, 4, 6, 8, 10/10 cm.^{3}, powtarzając dwukrotnie każdą dawkę, poczem przeszedł do czystego antygenu, stosując go w tychże dawkach. Wstrzykiwania robi się podskórnie, 2 razy tygodniowo. W czasie leczenia nie stwierdzono żadnych ujemnych objawów, natomiast wynik był doskonały: u 7 na 8 kobiet leczonych w ten sposób ciepłota w ciągu kilku tygodni wróciła do stanu prawidłowego, zniknęły objawy zapalenia opłucnej, ustąpiły poty, stan ogólny się poprawił, waga wzrosła i znikło uczucie zmęczenia.

O działaniu wyciągu tylnego płata przysadki mózgowej na bóle głowy. (Sur l'action anticephalalgique de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse). C a r n o t, C a r o l i et C a c h e r a.

Paris Médical. N. 46. 1932.

Autorzy stwierdzili przypadkowo, stosując wyciąg tylnego płata przysadki mózgowej w celach rozpoznawczych u osób z kolką żółciową, cierpiących równocześnie na migrenę, że wyciąg ten u pewnych chorych usuwa całkowicie i szybko tak bóle głowy, jak i nudności. Opierając się na tem doświadczeniu stosowali autorzy w następstwie wyciąg z tylnego płata przysadki mózgowej nietylko u chorych z migreną, ale i w przypadkach bólów głowy różnego pochodzenia, na tle dyspeptycznem, miesiączkowania, kataru, etc. Naogół wszyscy ci chorzy doznawali bardzo szybko po zastosowaniu przysadki znacznej ulgi. Wynik był jednakowo korzystny niezależnie od sposobu zastosowania środka drogą podskórnego wstrzyknięcia czy też po podaniu doustnem. Ponieważ Tinel stwierdził, że w pewnych stanach bólów głowy ciśnienie płynu mózgowo rdzeniowego jest obniżone, a wyciągi tylnego płatu przysadki mają je podwyższać, możliwe jest, że działanie środka odbywa się tą właśnie drogą.

Leczenie cukrzycy insuliną w zawiesinach z oliwy. (Le traitement du diabète par l'insuline huileuse). L a b b é, B o u l i n, D a u n o i s.

Presse Médicale. N. 6. 1933.

W celu uniknięcia częstych wstrzykiwań insuliny starano się zwolnić jej wchłanianie przez dodawanie takich ciał jak guma arabska, cholesteryna, caseina a ostatnio próbowano podawać insulinę w zawiesinach z oliwy. Jedni używali do tego celu oleju rycynowego, autorzy zaś wyjałowionej zwykłej oliwy, zawierającej 20 jednostek insuliny w jednym centymetrze. Wyniki stosowania tej insuliny u tych samych chorych w porównaniu z insuliną wodną nie były korzystne. Działanie zawiesiny na hypoglikemję nie było wyraźne, glykosuria była większa, przypadłości hypoglikemiczne nie zniknęły, a w jednym przypadku były nawet silniejsze. W następnej serji doświadczeń stosowali autorzy insulinę zawieszoną w oliwie z dodatkiem cholesteryny i myriciny. Zawiesina ta zawierała w jednym cm^3. 40 jednostek insuliny. Insulinę tą trzeba było rozgrzewać w chwili wstrzyknięcia, gdyż tężeje ona przy ciepłocie zwykłej. Wyniki były jeszcze gorsze od poprzednich. W porównaniu z insuliną wodną stosowaną u tych samych chorych wpływała ona gorzej na poziom cukru we krwi, który był znacznie wyższy niż przy zwykłej insulinie, ponadto działanie insuliny wodnej było dłuższe, i na glykosurię działała ona korzystnie. Podawanie podobnej, ale bardziej płynnej zawiesiny insuliny również nie wiele się różniło w wynikach od poprzednich, a w każdym razie było mniej korzystne, niż działanie insuliny wodnej. Trzeci preparat insuliny w zawiesinie z oliwy z dodatkiem cholesteryny zawierał 100 jednostek insuliny w cm^3. I w tym przypadku działanie insuliny wodnej było korzystniejsze, jednakże insulina w zawiesinie zdaje się działać dłużej. Na cukromocz zawiesina ta wpłynęła w dwóch przypadkach korzystniej, niż

insulina wodna. Ze spostrzeżeń tych wynika, że tylko ostatni sposób podawania insuliny miał następstwa wyraźnie dodatnie, ale niestety działanie tego preparatu nie było stałe. Autorzy zwracają uwagę, że wykonywanie wstrzykiwań insuliny w zawiesinach z oliwy jest złożone, że zawsze istnieje obawa nagłego działania większej ilości nagromadzonej insuliny i że potrzebne są jeszcze dalsze badania nim się zastąpi pewne co do swego działania preparaty wodne insuliny jej zawiesinami w oliwie.

Dwa przypadki rtęciowego zapalenia nerek leczone stosowaniem chlorków. (Deux cas de néphrite mercurielle traités par la chloruration). Lemierre, Laudat et Laporte.

Presse Médicale. N. 88. 1932.

Autorzy podają opis dwóch przypadków zatrucia rtęciowego leczonych z dobrym wynikiem podawaniem chlorków. U pierwszego z chorych po zatruciu wystąpiła anuria, trwająca około 5 dni oraz rtęcicze zapalenie jamy ustnej, poziom mocznika we krwi był w pierwszych dwóch tygodniach po zatruciu znacznie podwyższony lecz wydzielanie chlorków prawidłowe. Początkowe leczenie hypertonicznemi roztworami glukozy nie dało żadnego wyniku. W następstwie podawali autorzy w przebiegu 3 dni podskórnie po litrze soli codziennie w roztworze 7/1000, oraz w ciągu dwóch dni po 500 cm^3. Na Cl. Autorzy przypuszczali, że większe wydzielanie chlorków pociągnie za sobą zwiększone wydzielanie mocznika i w istotnie w 4 — 8 dni po zastosowaniu roztworu soli poziom mocznika, we krwi obniżył się bardzo znacznie. Stosując sól należy ją dawkować ostrożnie i przekonać się czy zostaje wydzielona; dawkowanie soli powinno być przystosowane do jej wydzielania. Jednakże, w przypadkach, w których zatrucie rtęciowe pociąga za sobą poza anurią rozwolnienia i uporczywe wymioty, ustrój traci chlorki drogą pozanerkową, bilans chlorkowy jest w tych warunkach niemożliwy do wykonania, zastosowanie leczenia chlorkami jest jednak wskazane. Takim był drugi przypadek autorów dotyczący chorej, która po zatruciu rtęciowem w ciągu 15 dni miała bardzo silne wymioty i rozwolnienia, panujące nad całym obrazem chorobowym, a wciągu 10 dni nie oddawała moczu. W następstwie diureza doszła do stanu prawidłowego. Poziom chlorków we krwi był bardzo nizki, mocznik początkowo podwyższony wrócił do stanu prawidłowego jeszcze przed podniesieniem się poziomu chlorków. U chorej tej stosowano również sól w roztworze 9/1000, we wstrzykiwaniach podskórnych w ilości jednego litra dziennie w ciągu 9 dni. Autorzy przypuszczają, że część podawanych chlorków została zatrzymana przez tkanki, gdyż wydzielanie drogą moczu było raczej niewielkie. Zatrzymanie chlorków było może przyczyną poprawy stanu ogólnego chorej do czego mogło się przyczynić również podawanie wody we większej ilości. Dostarczenie większej ilości wody w ustroju odwodnionym powiększa diurezę i tą drogą pośrednio sprzyja także wydzielaniu ciał azotowych. W tych przypadkach więc, w których ustrój przez rozwolnienia wymioty ubożeje w chlorki podawanie ich w większej ilości nawet wtedy, gdy ich wydzielanie jest zmniejszone nie grozi powstaniem obrzęków, gdyż zatrzymanie chlorków przez tkanki i ciecze ustrojowe jest wywołane koniecznością dopełnienia zapasów utraconych. Autorzy zwracają uwagę, że w drugiem z opisanych przypadków wystąpiła bardzo ciężka martwica jamy ustnej w okresie, w którym objawy nerkowe się wyraźnie poprawiały. Ponieważ badanie bakterjologiczne wykazało obecność krętków autorzy zastosowali pomimo podwyższonego jeszcze wtedy poziomu mocznika we krwi novarsenobenzol śródżylnie (0,3) co zatrzymało martwicę, niewywołując dodatkowych objawów, ani nie pogarszając sprawy nerkowej.

O zaburzeniach krążenia w przebiegu ciąży. (Les manifestations circulatoires au cours de la grossesse). Pierre Noel Deschamps.

Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques. T. CIII. Cahier 14.

Zaburzenia krążenia u ciężarnych zdrowych występują albo w formie lekkich objawów naczyniowych np. jako lekkie obrzęki nóg, żylaki, czasami jednak skarżą się także i na dolegliwości ze strony serca, bicie serca, nieznaczną duszność wysiłkową. Naogół jednak na serce zdrowe ciąża nie działa zupełnie. Pomimo to nawet kobiety z zupełnie zdrowym narządem krążenia są narażone w przebiegu ciąży na ciężkie objawy, do których należy rzucawka porodowa i zapaść w czasie rodzenia. Krwawienia, które łączą się najczęściej z wystąpieniem zapaści rzecz dziwna nie są prawie nigdy dość obfite by móc wytłomaczyć jej powstanie.

Powikłanie ze strony narządu krążenia są częstsze i cięższe u ciężarnych obarczonych wadą serca. 70% zaburzeń krążenia przypada na te sprawy w szczególności jednak są one częste przy zwężeniu lewego ujścia żylnego, ew. połączonego z niedomykalnością zastawki dwudzielnej. Wrodzone wady serca choć nie są absolutnem przeciwwskazaniem do ciąży, jednakże stają się również częstą przyczyną powikłań sercowych w jej przebiegu. Powikłania sercowe ciężarnych, obarczonych wadą serca, występują nie tak często w przebiegu pierwszej, ile przy powtarzających się ciążach, najczęściej w 6 — 8 miesięcu, przyczem szczególnie krytycznym okresem ma być 32 tydzień ciąży. Jednakże objawy niedomogi wystąpić mogą i w okresie rodzenia oraz w okresach późniejszych, nawet w kilku miesięcy po porodzie. Objawy te są często nieznaczne, występując np. w postaci niewielkiej, często nocnej duszności, bicia serca, obniżenie skurczowego ciśnienia krwi. Ciężkim powikłaniem jest ostry obrzęk płuc oraz częstsza od niego, bo występująca u 64% chorych niedomoga ciężarnych. Tak niedomoga jak i ostry obrzęk płuc są objawami poważnemi, które według pewnych statystyk kończą się w 60% przypadków zejściem śmiertelnem. Rokowanie jest również poważne dla życia płodu, gdyż często sprawa kończy się albo poronieniem albo przedwczesnym porodem. Wyjaśnienie rzucawki porodowej jakoteż ostrego obrzęku płuc znalazło w ostatnich latach tłomaczenie odrębne od dotychczasowych, opierając się na dokładniejszem zbadaniu warunków krążenia, szczególnie krążenia t. zw. powrotnego. Poznano, że naczynia włosowate i żyły biorą udział czynny w krażeniu, regulując należyty dopływ krwi do serca. Laubry i Tzanck oznaczaja jako t. zw. „współczynnik pewności" stosunek masy krwi do pojemności zbiorników żylnych. Ilość krwi krążącej polega ciągłym wahaniom. Z tego też względu pojemność zbiorników musi być dostateczna, by zmie-

ścić nadmiar krwi w razie jej powiększenia. Jeżeli ilość w stosunku do zbiorników się powiększy wtedy w krążeniu powrotnem znajduje się nadmiar krwi, który obciąża serce i krążenie płucne. Niedociśnienie krążenia powrotnego powstanie wtedy gdy, albo masa krwi będzie zmniejszona np. po ciężkich krwotokach, albo gdy pojemność zbiorników żylnych się powiększy. Odwrotnie nadciśnienie krążenia powrotnego praktycznie wytwarza się właściwie tylko łącznie ze zmniejszeniem pojemności zbiorników żylnych z powodu np. ucisku w jamie brzusznej albo też skurczu naczyń żylnych, wytwarzającym się na tle humoralnem albo wegetatywno dokrewnem. W świetle tych rozważań staje się zrozumiałym mechanizm zaburzeń krążenia u ciężarnych nie obarczonych wadą serca. Zapaść, wytwarzająca się z chwilą porodu jest wywołana nagłem zmniejszeniem ciśnienia w jamie brzusznej, zmianami wegetatywno-dokrewnemi, które doprowadzają do zastoju krwi w zbiornikach żylnych jamy brzusznej. Lecznicze postępowanie w tym stanie musi dążyć przedewszystkiem do zwalczania zaburzeń naczynioruchowych przez podawanie adrenaliny, zwężającej naczynia, równoczesne zastosowanie przelewania krwi powiększy masę krwi krążącej, doprowadzając krążenie powrotne do stanu prawidłowego. Zaburzenie odwrotne t. j. nadciśnienie krążenia powrotnego tłomaczy powstanie drgawek ciężarnych i występowanie ostrego obrzęku płuc u ciężarnych, obarczonych wadą zastawki dwudzielnej. Nadmierne wypełnienie jamy brzusznej zmniejsza u ciężarnych pojemność zbiorników, a równocześnie działanie czynników wegetatywno dokrewnych, większe wytrząsanie adrenaliny do krwi prowadzi do skurczów naczynioruchowych, odbijających się tak na żyłach, jak i na tętnicach. W tych warunkach jeżeli serce jest zdrowe wzmożony dopływ krwi do serca prowadzi do nagłego wzrostu ciśnienia krwi, którego wynikiem stawać się może rzucawka porodowa. Jednakże jeżeli serce jest uszkodzone, szczególnie obarczone zwężeniem lewego ujścia żylnego wielki dopływ krwi do serca i do krążenia płucnego w warunkach, sprzyjających powstaniu zastoju płucnego, prowadzić może do nagłego wystąpienia obrzęku płuc. W następstwie dopiero powstają zaburzenia w krążeniu ogólnem, zastój krwi i objawy niedomogi. Według tych pojęć pierwotną przyczyną obrzęku płuc nie jest niedomoga serca, szczególnie lewej komory, ale niedomoga serca jest objawem wtórnym, zjawiskiem, które powiększając powrotne krążenie krwi, może się stać przyczyną ostrego obrzęku płuc przy sercu chorem, a rzucawki porodowej przy sercu zdrowem. Oba te stany więc, mając jedną przyczynę, podlegają tym samym zabiegom leczniczym. Upust krwi zmniejsza jej dopływ do serca, a podanie morfiny znosi skurcze naczyniowe, zrozumiałem jest również, że stosowanie adrenaliny w tych stanach może mieć następstwa szkodliwe i ciężkie. Z tego też względu nie należy nigdy podawać adrenaliny ciężarnym obarczonym zwężeniem lewego ujścia żylnego z obawy przed powstaniem ostrego obrzęku płuc.

Leczenie zapobiegawcze ciężarnych obarczonych wadami serca przeszło przez różne etapy. Współczesne statystyki wykazały, że tylko 10% ciężarnych, obarczonych wadami serca, cierpią z powodu objawów niedomogi krążenia, a u 6,5% tylko występują zaburzenia cięższe. Według nowszych statystyk śmiertelność jest również nieznaczna i wynosi zaledwie 2,5%. Natomiast, gdy raz już zjawią się cięższe zaburzenia krążenia śmiertelność się podnosi, wynosząc przy ostrym obrzęku płuc 62%, przy niedomodze ciężarnych 48%. Każda kobieta obarczona wadą serca powinna więc być uświadomiona o grożącem jej w razie ciąży niebezpieczeństwie, jednakże nie trzeba przesadzać tego niebezpieczeństwa wobec rzadkości cięższych powikłań. Sama chora powinna decydować czy chce się narazić na pewne ryzyko, które, będąc prawdziwem, nie jest jednak częstem. Postępowanie lekarza będzie ponadto uwarunkowane rodzajem wady, powikłaniami, stanem mięśnia sercowego, objawami niedomogi, zaburzeniami rytmu serca, etc. Trzeba pamiętać, że zaburzenia krążenia występują częściej u wieloródek, z drugiej zaś strony wystąpienie zaburzeń w czasie pierwszej ciąży nie jest dowodem, że wystąpią one i w czasie ciąż następnych. Wreszcie duże znaczenie posiadają czynniki społeczne, niebezpieczeństwo jest bowiem znacznie mniejsze u chorej, która może odpoczywać i być pod kontrolą lekarską, niż u tej, która musi pracować. Należy wymagać żeby ciężarna, obarczona wadą serca, pozostawała w łóżku przez 6 tygodni przed połogiem, dalej aby w ciągu 8 dni przed spodziewanym porodem przeprowadzono leczenie digitalisowe; odpoczynek i nadzór lekarski powinny się rozciągać i na dłuższy okres czasu po porodzie. Przerwanie ciąży zaleca szkoła francuska tylko w tych przypadkach, gdy życie matki jest istotnie zagrożone. Po 6 miesiącu ciąży należy odsuwać możliwie jak najdalej jej przerwanie aż do chwili, w której płód stanie się zdolnym do życia. Bezwzględnem wskazaniem do wkroczenia jest postępowanie objawów niedomogi. Należy dążyć do możliwego skracania samego okresu porodowego. Karmienie nie jest wskazane, gdyż zawsze istnieje obawa powstania niedomogi, zresztą chore te zwykle są złemi mamkami.

E. Reicher.

CHOROBY DZIECIĘCE.

O nefrozie lipoidowej u dzieci. (Sur la néphrose lipoidique de l'enfance). M. Péhu et M-le Rougier.

Journal de Médicine de Lyon., Février 1933.

Zespół objawowy nefrozy lipoidowej odznacza się stałością i składa się z trzech pierwiastków z obrazu klinicznego, zmian w moczu, i zmian we krwi.

Cierpienie uwidacznia się stopniowo, lecz czasami w ciągu paru tygodni. Pierwszym objawem, który jest uderzająco częstym bywa angina, zwykle wywołana przez pneumokoki. Przebieg anginy może być bardzo lekki. Czasami na początku występują inne zachorzenia pneumokokowe (naprz. zapalenie płuc).

Zazwyczaj zespół objawów nefrozy zjawia się odrazu jako taki, lecz czasami dopiero dołącza się do objawów zwykłego zapalenia nerek, cechującego się obecnością krwi i wałeczków ziarnistych w moczu. Nephritis i nephrosis mogą się wzajemnie nawarstwiać.

Pierwszym objawem klinicznym jest obrzęk, najpierw dyskretny, lecz wkrótce szybko obejmujący różne tkanki, o typie anasarca. Obrzęk wybitnie zniekształca rysy twarzy, tkanka obrzmiała jest miękką, skóra ma zabarwienie białe, cza-

sami z odcieniem różowym, jakgdyby zapalnym. Próba Aldricha wykazuje szybkie wessanie wstrzykniętego płynu. Płyn w jamie brzusznej i opłucnej jest zjawiskiem b. częstem. Przy powiększaniu się obwodu brzucha, jak w marskości wątroby typu Laennec'a, zaznaczają się na powierzchni rozszerzone naczynia żylne. To rozszerzenie wskazuje jedynie na chwilowe utrudnienie krążenia w jamie brzusznej, gdyż po ustąpieniu przesięku powłoki wracają do normy. Wtedy, lub po wypuszczeniu płynu można stwierdzić, że wątroba jest duża, brzeg jej wystaje na 3 — 4 cm., i jest tkliwa. Czasami śledziona też bywa powiększona.

Płyn przesiękowy, podobnie jak surowica krwi tych chorych ma wygląd opalizująco-mleczny.

Serce i ciśnienie krwi zmian nie wykazuje. Brak bólów głowy, wymiotów i innych objawów mocznicowych. Natomiast często występuje obfita biegunka, b. uporczywa, która zdaje się wskazywać na istniejące równocześnie zaburzenia czynności wątrobowej i gospodarki wodnej.

Z objawów dodatkowych u dzieci często występują bóle w jamie brzusznej. Należy odróżniać te nie mające znaczenia bóle, od zapalenia otrzewnej, które zdarza się jako powikłanie nefrozy. Napadowi bólów towarzyszy lekkie wzniesienie ciepłoty, biegunka i ogólne rozbicie, — objawy, które znikają bez śladu w ciągu 2 — 3 dni. Skóra u nefrotyków często bywa siedliskiem różnych zmian dodatkowych: często występują przemijające rumienie symulujące różę, pokrzywki, a także i poważniejsze zakażenia ropne.

W przebiegu nefrozy lipoidowej częste są samoistne remissje, nawroty i pogorszenia, pod wpływem czynników pokarmowych lub zakażeniowych. Częstemi są różne powikłania bakteryjne, gdyż ustrój chorych jest szczególnie wrażliwy na pneumokoki. Spostrzega się więc: anginy, zapalenia zatok, stany zapalne płuc, otrzewny i opon, o rokowaniu poważnem. Śmiertelność w nefrozie lipoidowej jest wysoką szczególnie na skutek częstych zapaleń otrzewny wywołanych przez pneumokoki. Zakażenia innemi drobnoustrojami zdarzają się rzadziej.

Ze strony narządów moczowych stwierdza się przedewszystkiem znaczne zmniejszenie diurezy; całkowity bezmocz zdarza się rzadko. Mocz jest mętny, lecz o barwie słomkowej. Osad jest obfity, ciągliwy. Ilość białka w moczu jest b. duża i może przekraczać 10 — 20 gramów na dobę.

Przy badaniu mikroskopowem zwykłem, można stwierdzić w moczu zarówno krwinki, jak i ciałka ropne, a także wałeczki hyalinowe, rzadko ziarniste. Lecz obraz ten zwykłego zapalenia nerek, a który, jak powiedziano często może być skojarzony z nefrozą, nic jeszcze nie mówi w kierunku rozpoznania nefrozy lipoidowej.

Natomiast w świetle polaryzacyjnem, stwierdza się w świeżem moczu charakterystyczne ciałka dwułomne, opisane przez *Munck'a*. Ciałka te, które są uważane za jeden z ważnych objawów nefrozy lipoidowej zbudowane są z estrów cholesteryny. Jednakże, nawet w przypadkach typowych, nie zawsze dają się one stwierdzić. W późniejszym przebiegu choroby, nie rzadko występuje glykemja, jako wyraz istotnej cukrzycy.

Dla rozpoznania najwyższe znaczenie mają zmiany w osoczu krwi tych chorych. Osocze ma wygląd opalizująco-mleczny. Badanie chemiczne wykrywa w nim zwiększenie miana związków tłuszczowych (lipoidów) i zmniejszenie ogólne miana związków białkowych (protidy)[1]. Ogólne miano lipidów jest powiększone b. znacznie (do 47 gramów na litr, zamiast, normalnie — 5—6 gramów). Sama cholesteryna przekracza miano normalne dwukrotnie, trzykrotnie i więcej (norma — 1,5 — 1,8 grm. na litr. osocza).

Ogólne miano związków białkowych jest odwrotnie obniżone (zamiast 70 — 80 grm. na litr, — 50 — 40 — 30 grm.). Obniżenie dotyczy wyłącznie seriny (z 45—55‰ na 10—5). Natomiast globulina wykazuje często zwiększenie (z 25 na 45‰). Stąd powstaje odwrócenie stosunki: serina — globulina, znacznie poniżej jednostki.

Niektórzy podkreślają rodzaj balansowania pomiędzy lipidami, a protidami osocza. Lipemja więc w połączeniu z hypoproteinemją, stanowią więc najbardziej znamienną cechę nefrozy lipoidowej.

Serina i lipidy stale przechodzą do moczu i przesięków, stąd ich opalescencja. Płyn przesiękowy zawiera — 1,0 — 1,5 grm. związków białkowych i 0,005 — 0,15 cholesteryny na ogólną ilość lipidów 0,1 — 1 grm. (pro mille).

Natomiast w czystej nefrozie lipoidowej brak zmian w mianie mocznika w osoczu krwi. Jest to objaw rozpoznawczo-ważny. Miano mocznika bywa zwiększone jedynie na początku rozwijającej się nefrozy, która wikła zwykłe zapalenie nerek i może się podnieść odwrotnie, o ile zapalenie nerek przychodzi jako powikłanie czystej nefrozy.

Badanie czynnościowe nerek wykazuje, w czystej nefrozie — brak zaburzeń wydzielniczych. Niema zaburzeń w wydalaniu chlorków. Przemiana podstawowa bywa obniżona, lecz badanie jej nie ma wartości przy obrzękach. Żadne dotychczasowe badania też nie przemawiają za ani przeciw niedomodze czynnościowej wątroby.

Leczenie djetetyczne nefrozy lipoidowej powinno być zupełnie odmienne, niż leczenie zapaleń nerek, co wynika już jasno z poprzedniego opisu cierpienia. Przedewszystkiem należy zwalczać zaburzenia równowagi białkowo-tłuszczowej w osoczu krwi; leczenie moczopędne schodzi zupełnie na drugi plan.

Przed wyodrębnieniem zespołu nefrozy lipoidowej, obrzęki leczono djetą mleczną i jarską, bezsolną, co nigdy nie prowadziło do polepszenia. Obecnie stwierdza się, że pokarmami szkodliwemi, wzmagającemi obrzęki i wydzielanie białka są tłuszcze; natomiast białko, cukier i względnie sól są doskonale tolerowane.

Przed ustaleniem djety zaleconej i leczniczej w przypadkach nefrozy lipoidowej, autorzy omawiają rolę poszczególnych składników.

Związki białkowe.

Ponieważ osocze chorych wykazuje wybitne obniżenie miana białkowego, naskutek obfitego wydzielania się z moczem seriny, wskazanem jest podawać substancje białkowe celem pokrycia strat i wyrównania zaburzenia równowagi w osoczu. W ten sposób podnosi się ciśnienie osmotyczne w osoczu co prowadzi do ustępowania obrzęków. Djeta białkowa wpływa więc bezpośrednia na mechanizm patogenetyczny cierpienia. Autorzy wślad za *Epstein'em* ustalają dawki białka na 2 — 4 grm. na kilo wagi chorego.

---

[1]) Wg. nowej nomenklatury chemicznej obejmuje się ogólnie wszystkie związki tłuszczowe, białkowe i węglowodanowe mianem: lipidy, protidy i glucidy (dop. ref.).

Związki tłuszczowe.

Stwierdzenie nadmiaru tłuszczów w osoczu wskazuje na konieczność usunięcia z djety tych składników. Podane w pokarmach tłuszcze w postaci tłuszczów obojętnych i cholesteryny gromadzą się w sokach ustroju i powiększają istniejący brak równowagi białkowo-tłuszczowej w osoczu. Dla uzyskania wyników dodatnich niezbędnem staje się prócz podawania nadmiaru białka, ścisłe usunięcie z pokarmów wszelkich substancji tłuszczowych. Podawanie wątróbki jako białka leczniczego doustnie, jest przeciwwskazanem ze względu na dużą zawartość w wątrobie cholesteryny.

Związki węglowodanowe.

Według zdania autorów, cukier i węglowodany mogą być podawane bez szkody; dostarczają dużych wartości kaloryjnych i prócz tego ułatwiają przyswojenie białka. Niektórzy natomiast odnoszą się z pewną rezerwą do węglowodanów, ze względu na własności nawadniające.

Sól, woda i witaminy.

Powstaje pytanie czy należy stosować ścisłą djetę bezsolną w nefrozie lipoidowej. Dotąd większość autorów stosowało ją podobnie jak w zwykłych zapaleniach nerek. *Schiff* jest bardziej względny i dopuszcza indywidualne odchylenia w sprawie ścisłego ograniczania soli.
Ograniczenie płynów jest celowe tylko wtedy jeżeli zespół nefrotyczny kojarzy się z zespołem nefrytycznym. W przeciwnym przypadku, nie należy bardzo ograniczać podawania wody: powstaje silne pragnienie, ilość moczu zmniejsza się, obrzęki natomiast pozostają bez zmiany. *Schiff* radzi podawać wodę w postaci owoców.

Naogół owoce w nefrozie lipoidowej są b. pożyteczne, pomniejszając pragnienie, wpływając dodatnio na wydzielanie moczu i na biegunkę.

Skład djety w nefrozie lipoidowej.

Nie należy ustalać nieustępliwych przepisów, ale kierować się tolerancją ustroju. Do pokarmów dozwolonych należą: przedewszystkiem wszelkiego rodzaju chude mięso: cielęce, wołowe, drobiu, rybę, w postaci gotowanej lub smażonej, ale bez sosów i wogóle tłuszczów. Ilość ogólna wynosi 100 — 250 grm. dziennie. Dobrym dodatkiem są konfitury. Prócz mięsa dozwolone jest: białko jaja, ubite na pianę (3 — 4 dziennie), biały ser, yogurt ocukrzony, groszek, fasola. Dawkę dzienną należy podzielić na całą dobę.

Dalej dozwolone są wszelkie jarzyny zielone, mączne; pieczywa i chleba mało; wszelkie potrawy słodkie owocowe. W okresie obrzęków sól należy ściśle ograniczyć, później stopniowo próbować tolerancję. Wodę najlepiej podawać w postaci temonjady, w ilości ograniczonej. Mleko nieodtłuszczone jest bezwzględnie szkodliwe, natomiast po odtłuszczeniu mleka autorzy nie widywali pogorszenia. Wszelkie owoce surowe są naturalnie dozwolone.

Pokarmy zakazane: wszelkie pokarmy tłuszczowe, a więc nawet mleko nieodtłuszczone, żółtka, móżdżek, wątróbka; masło jedynie w ilości znikomej. Aczkolwiek leczenie opoterapją wątrobową wydawałoby się wskazanem w nefrozie lipoidowej, autorzy przeciwstawiają się podawaniu wątroby doustnie, dozwalając jej preparaty fabryczne pozbawione tłuszczu i cholesteryny.

Djeta prawie zupełnie pozbawiona tłuszczów znoszoną jest doskonale przez tych chorych, nawet w przeciegu szeregu miesięcy.

Reasumując, w nefrozie lipoidowej w czystej postaci u dzieci, należy podawać białko, węglowodany, witaminy i częściowo w niewielkiej ilości sól. Natomiast wszelkie tłuszcze i pokarmy zawierające cholesterynę są absolutnie wykluczone. W postaciach mieszanych dochodzi zupełne wycofanie soli kuchennej.

Podawanie wszelkich środków moczopędnych naogół zupełnie zawodzi. Natomiast mechaniczne usuwanie przesięków przez nakłucia, jest b. wskazane, i doraźnie odbarcza chorego w sposób wybitny.

Prócz tego czasami pomyślne wyniki daje opoterapja, w postaci przedewszystkiem wyciągów tarczycy, które są podawane i tolerowane dobrze w dużych dawkach (dawka średnia dla dzieci wynosi 0,05 — 0,1 pro die). Podaje się tyreoidynę przez szereg tygodni, lepiej podskórnie, niż doustnie.

W przypadkach, w których nie uzyskiwano poprawy po tyreoidynie, być może ze względu na nieco odmienny mechanizm patogenetyczny cierpienia, niektórzy autorzy uzyskiwali wyniki dobre po stosowaniu insuliny (wpływ na przeróbkę tłuszczów), następnie hypofizyny, a wreszcie wyciągów wątrobowych (wpływ na obrzęki) które autorzy radzą stosować jedynie podskórnie lub domięśniowo, gdyż podawanie doustne było bez najmniejszego wpływu.

Przyczynek do nauki o gorączkach pokarmowych. (Contribution â l'étude des fièvres alimentaires). G. Mouriquand, M. Bernheim et P-M. Juillet.

Le Journal de Méd. de Lyon. Février. 1933.

Gorączka pochodzenia pokarmowego, nie będąc zjawiskiem częstem, widuje się przeważnie u niemowląt, w związku z ich szczególnem uczuleniem na zaburzenia równowagi w odżywianiu. Patogenja gorączki nie jest ustaloną, lecz wydaje się, że jest ona uzależnioną od zaburzeń równowagi jakościowej pokarmów (gorączka w związku z podawaniem maślanki, serwatki, mleka skondensowanego, nadmiaru soli, cukru, przy braku wody, lub składników witaminowych itp.).

Ze szczególną wyrazistością obserwuje się gorączkę w związku z brakiem witaminy C (surowych soków owocowych); gorączka może towarzyszyć innym objawom awitaminozy (skorbut), lub poprzedzać te objawy przez czas pewien stanowiąc jedynie widoczne zaburzenie. W tym ostatnim wypadku, szczególnie ważnem jest dla lekarza rozpoznanie właściwej przyczyny stanów gorączkowych u niemowlęcia. Gorączka wywołana brakiem witaminy C, w przeciwieństwie do innych gorączek pochodzenia pokarmowego może być łatwo wywołaną doświadczalnie. Autorzy doświadczalnie wykazali istnienie tej gorączki, dzięki specjalnej technice kontroli ciepłoty, która pozwala wykluczyć rolę czynników bakteryjnych. Zarówno klinika, jak i doświadczenie stwierdzają zgodnie, że gorączka tego typu ustępuje czasami jedynie pod wpływem bardzo dużych dawek surowych soków owocowych. Z tego wypływa zarówno rozpoznanie, jak leczenie tych stanów gorączkowych u niemowląt.

Przerost serca pierwotny w pierwszych latach życia. (L'hypertrophie cardiaque primitive de la première enfance). R. Dufourt et A. Nachon.

Journal de Méd. de Lyon. Février 1933.

Do chwili obecnej istnieje około 40 obserwacji pierwotnego przerostu serca w pierwszych latach życia. Dzieci dotknięte tem cierpieniem zdradzają duszność, sinicę, słyszalny na odległość szmer oddechowy, napady duszenia się, — objawy, które kierują myśl w kierunku schorzenia narządów oddechowych. Czasami wybitna bladość i niedokrwienie nasuwają podejrzenie na schorzenie układu krwiotwórczego. O ile przerost serca nie jest stwierdzony przy badaniu rentgenologicznem, stwierdzenie przerostu bywa często niespodzianką anatomo-patologiczną.

Badania rentgenologiczne stwierdza serce tak duże, jakie nie widuje się w żadnem innem cierpieniu sercowem u dzieci. Badanie pośmiertne stwierdza czasami prócz tego, przerost grasicy. Badanie histologiczne mięśnia sercowego nie wykazuje odchyleń od normy, lub nacieczenia okrągłokomórkowe, otaczające pęczki włókien mięśniowych.

Przebieg cierpienia jest niepomyślny, w ciągu kilku miesięcy, najwyżej 2 lat, doprowadza do zejścia śmiertelnego.

Patogeneza cierpienia nie jest wyjaśnioną.

Zapalenie płuc u dzieci cechujące się rentgenologicznie cieniem w kształcie hełmu. (La pneumonie infantile avec ombre radiologique „en casque"). Ch. Gardère.

Journal de Méd. de Lyon. Fevriér 1033.

Zapalenia płuc u dzieci cechujące się rentgenologicznie cieniem zarysowującym cały szczyt płuc opisane były w r. 1913 przez *E. Weill'a.* Autor ten podawał, że przypadki te są rzadkością i powinny być wyodrębnione od zwykłych zapaleń w obrębie górnego zrazu płucnego, niesłusznie określanych mianem pneumonji szczytowej.

Rentgenologicznie zaciemnienie szczytowe wyraża się zaokrąglonym cieniem, który zakrywa górną część płuca w postaci hełmu; dolna pozioma granica cienia sięga części środkowej lub dolnej górnego zrazu.

W pneumonji zrazowej zwykłej, zajęcie szczytu bywa wtórne i odbywa się stopniowo przez rozszerzenie ku górze typowego trójkątnego cienia. Zaciemnienie szczytu bywa tu zjawiskiem tylko przejściowym, poczem szczyt znowu prześwietla się i znowu występuje typowy trójkątny cień.

W sprawie istotnie szczytowej, zaciemnienie od samego początku ma półkulistą granicę górną, utrzymującą się trwale. Rokowanie w tych postaciach jest szczególnie niepomyślne.

Późniejsze analogiczne obserwacje poczynione były przez różnych autorów na materjale dziecięcym i dorosłych.

Autor analizuje zagadnienie opierając się częściowo na własnych obserwacjach i badaniach.

Symptomatologja cierpienia bywa najczęściej mieszaną: niektóre postacie dają typowe objawy pneumonji zrazowej, inne znowu i to bardziej liczne wykazują raczej objawy zrazikowego zapalenia o typie zlewającym się (bronchopneumonia confluens).

We wszystkich dotąd obserwowanych przypadkach zajęciu ulegał wyłącznie górny zraz płuca prawego. Aczkolwiek schorzenie obserwować się daje w każdym wieku, najczęściej widuje się u niemowląt.

W postaci pneumonicznej (klinicznie), początek i objawy fizykalne odpowiadają typowej pneumonji; jednak należy podkreślić, że objawy ogólne są szczególnie ciężkie: wybitna duszność, sinica, zamroczenie i często objawy mózgowe. Sprawa najczęściej kończy się śmiercią 10 — 12 dnia choroby, w razie wyleczenia cykl termiczny trwa 10 — 11 dni.

Postacie kliniczne, o typie zrazikowego, zlewającego się zapalenia płuc, cechują się objawami mieszanemi. Początek bywa brutalny, czasami poprzedzany objawami nieżytowemi górnych dróg oddechowych lub objawami zrazikowego zapalenia płuc o przebiegu podostrym.

Stwierdzamy sinicę palców, wciąganie podżebrzy, poruszanie skrzydeł nosa, napady drobnego kaszlu, drobno-bańkowe rzężenia. W tych przypadkach już klinicznie można podejrzewać postać szczytowego zapalenia. Cykl termiczny w postaciach zrazikowych bywa dłuższy, trwa najmniej 12 — 15 dni, czasami miesiąc i dłużej; ciepłota bywa przerywaną. Przypadki te również kończą się niepomyślnie.

Rozpoznanie zapaleń płucnych z cieniem w postaci hełmu ustala się prawie wyłącznie za pomocą badania rentgenologicznego.

Należy zwrócić uwagę nie tylko na kształt cienia, ale i na rozwój jego od początku typowy, oraz na sposób zanikania przez stopniowe prześwietlenie całości cienia, bez wytworzenia się powtórnego trójkąta. W zwykłych zapaleniach w obrębie górnego odcinka płuca — cień w postaci hełmu może być tylko zjawiskiem chwilowem.

Różniczkowo wchodzą jeszcze w rachubę: ropne otorbione zapalenia opłucnej i szczególnie — pneumonia caseosa u niemowląt, dająca niezmiernie zbliżony cień. Należy zwrócić uwagę na towarzyszące powiększenia gruczołów wnękowych i miejsca rozmiękczenia (cavernae), klinicznie — na brak wysokiej ciepłoty.

Przy badaniu anatomo-patologicznem tych odrębnych postaci zapaleń płuc, stwierdza się: powierzchnia przekroju jest szaroróżowa, drobno-grudkowa, wilgotna (hepatisatio grisea); wyraźnie występuje rysunek zgrubiałych przegród międzyzrazikowych.

Na przekroju mogą występować drobne białawo-żółtawe ogniska (ropnie). W większości przypadków stwierdza się bronchiolitis purulenta.

Badanie histologiczne po utrwaleniu płuca i pocięciu na skrawki wykazuje, że zwątrobienie ogarnia cały zraz i dochodzi do samego szczytu. Cechą dominującą są skupienia ropne wypełniające pęcherzyki i ujścia najdrobniejszych oskrzelików. Rozmieszczenie wysięku jest nierównomierne: niektóre zraziki są całkowicie, inne częściowo wypełnione, jeszcze inne niezmienione lub wykazują objawy splenisatio. Nie stwierdza się ani włóknika, ani zon hepatisatio rubra. Miejscami stwierdza się ropnie okołoskrzelikowe. Aczkolwiek zmiany wydają się masywne, jednak różnią się od hepatisatio grisea, spotykanej w zapaleniu zrazowem zwykłem. Ma się wrażenie

sprawy zapalnej zrazikowej o typie klasycznej — bronchopneumonia confluens.

Autor sądzi więc, że typowe zrazowe[1]) zapalenie płuc u dzieci daje rentgenologicznie ognisko w kształcie trójkąta, zwróconego podstawą ku obwodowi i nie sięgające szczytu płuca, ani brzegu wewnętrznego. O ile cień posiada inny kształt, wskazuje to na odmienną sprawę; w szczególności — cień w kształcie hełmu, obejmujący półkulisto szczyt płuca — odpowiada ognisku zlawającemu się zrazikowego zapalenia, lub zapalenia gruźliczego.

CHIRURGJA.

Najczęstsza bezpośrednia przyczyna śmierci po operacjach na żołądku. (Sur le mécanisme de la mort en chirurgie gastrique). R o b i n e a u.

La Presse Méd. Nr. 16, luty 1933.

Autor polemizuje na wstępie z *R. Bernard'em*, który w pracy swej (La Presse Méd. Nr. 104, 1932 r.) za najczęstszą przyczynę śmierci po operacjach z powodu przedziurawienia wrzodu żołądka lub dwunastnicy uważa rozlane zapalenie otrzewnej — jako następstwo nieszczelności szwów; w związku z tem *Bernard* zaleca bardziej szerokie stosowanie sączkowania po tego rodzaju operacjach.

Autor pracy niniejszej uważa stanowisko to za błędne, a sączkowania w tego rodzaju przypadkach — za niecelowe, a częściowo — za szkodliwe. Punkt ciężkości zagadnienia przenosi do innej dziedziny. Zauważył on, mianowicie, że po wszelkich operacjach wzrasta we krwi chorych stężenie mocznika, które osiąga swoje maximum IV lub V dnia po operacji. W znacznej większości przypadków ów wzrost stężenia mocznika we krwi odbywa się równolegle do spadku dobowej ilości moczu i potem stopniowo, w miarę wzmagania się diurezy, spada do normy. Ten wzrost stężenia mocznika zaznacza się szczególnie jaskrawo po operacjach na żołądku, drogach żółciowych i po operacjach w przypadkach zakażenia. Stopień tego zagęszczenia nie zależy od rodzaju środka, użytego do znieczulenia względnie uśpienia. Jednak nie we wszystkich przypadkach kończy się ta mocznica pomyślnie; w niektórych — stężenie mocznika we krwi wzrasta coraz bardziej, przekraczając 1 — 1,5 g na litr, przyczem jest charakterystycznem, że obraz kliniczny chorego może nie zdradzać żadnym objawem tego zatrucia. Dopiero później występują wymioty, wzdęcie brzucha, duszność, zapaść, czasami stany podniecenia — które w ciągu 24 — 48 godzin mogą doprowadzić do śmierci. Zmarły idzie na sekcję z rozpoznaniem zapalenia otrzewnej, kiedy tymczasem właściwą przyczyną śmierci była, mocznica.

Stany takie są dobrze znane po operacjach na drogach moczowych, ale po operacjach żołądkowych mało się o nich myśli, co prowadzi do odnośnych pomyłek rozpoznawczych.

Z chwilą wystąpienia wyraźnych objawów klinicznych tego rodzaju mocznicy leczenie nie może tu już liczyć na pomyślne wyniki. Dlatego też rozpoznawanie tych stanów musi być wczesne; uławia to okresowe badanie krwi chorych na zawartość mocznika. U chorych ,odnośnych stwierdzano stale znaczne zubożenie krwi i innych tkanek w chlorki, co tłumaczyłoby tutaj do pewnego stopnia wybitne działanie lecznicze wlewań dożylnych stężonych roztworów chlorku sodu, po których stwierdzano z reguły wzmożone wydzielanie moczu i spadek stężenia mocznika we krwi.

Z tego też tytułu wskazane są bardzo po operacjach na żołądku i drogach żółciowych lawatywy kroplowe z roztworu fizjologicznego soli i wlewania podskórne tegoż roztworu — co na drodze wzmagania diurezy i utrzymywania poziomu chlorków w ustroju na odpowiednim poziomie chroni w dużym stopniu przed wystąpieniem wyżej opisanych stanów mocznicowych.

[1]) Dawniej płatowe (dop. ref.).

Leczenie ostrych stanów zapalno - zakaźnych naświetleniami rentgenowskiemi. (La radiothérapie des affections inflammatoires). P l i c h e t.

La Presse Méd. Nr. 18, marzec 1933.

Najlepsze wyniki lecznicze dają naświetlania rentgenowskie w przypadkach czyraka, czyraka mnogiego i zastrzału. Są to schorzenia, w których — pomimo stosowana szczepionek, przesączów i t. p. — przeważnie nie udaje się uniknąć następowego zabiegu operacyjnego, kiedy tymczasem zastosowanie wczesne naświetlań rentgenowskich doprowadza tutaj w wielu przypadkach do wyleczenia i bez operacji. Szczególnie pomyślne wyniki widywano w czyraku i czyraku mnogim twarzy; często już po 1 naświetleniu objawy zapalne zaczynają się cofać, zanim doszło do wytworzenia się czopa martwicowego, i następuje wyleczenie.

Poza tem, widywano dobre wyniki lecznicze po naświetlaniach rentgenowskich w jaglicy (zanim wystąpi zwyrodnienie bliznowe powiek), w uporczywem przeciągającem się zapaleniu płatowem płuc, w różnych powikłaniach rzeżączki (zapalenia pęcherzyków nasiennych, sterczu, najądrzy i jąder, stawów, macicy, przydatków), zapaleniu okostnej szczęk pochodzenia zębowego (zwłaszcza z zęba mądrości), zapaleniu sutka (zanim doszło do zropienia), naczyń i gruczołów chłonnych, zapaleniu gruczołów potowych i t. p.

Co się tyczy strony technicznej — stosuje się tylko dawki małe i średnie (10 — 20% dawki rumieniowej, nie przekraczając nigdy dawki 50%). Jedno naświetlenie trwa kilka minut, przerwy między naświetleniami — 3 do 4 dni.

Wpływ leczniczy naświetlań rentgenowskich w ostrych stanach zapalnych polega wyłącznie na działaniu m i e j s c o w e m promieni; działania ogólnego tutaj nie stwierdza się (ogólna odporność nie ulega zmianie).

Pod wpływem promieni Roentgena ulegają rozpadowi częściowemu nagromadzone w dużej liczbie w ognisku zapalnem leukocyty, które uwalniają przy tem zawarte w nich ciała odpornościowe. Tem się tłumaczy szybkie ustępowanie objawów zapalnych po naświetleniu, które z kolei przyczynia się do zwiększonego ukrwienia ogniska zapalnego i obfitszego przez to napływu doń leukocytów. Poza tem, naświetlania rentgenowskie zmieniają, prawdopodobnie, odczyn tkanek w kierunku zasadowym, coby również sprzyjało szybszemu wygasaniu procesów zapalnych (neutralizowanie kwaśnych produktów zapalnych).

Pierwotna promienica odbytu i kiszki stolcowej. (L'actinomycose anorectale primitive). B e n s a u d e.

La Presse Méd. Nr. 19, marzec 1933.

Znaczenie kliniczne tego cierpienia polega na tem, że jego nierozpoznanie we wczesnym okresie choroby często przesądza (w znaczeniu ujemnem) o dalszych losach chorego, gdyż tylko w tym okresie rozpoczęte leczenie może liczyć na wyniki pomyślne. Promienica odbytu, nie rozpoznana i nie leczona w swoim czasie, daje rokowanie złe.

Cierpienie to bywa rzadko, naogół, rozpoznawane jako takie — głównie dlatego, że za mało się o niem pamięta.

Zakażenie odbywa się bądź to na drodze zstępującej — z pokarmami, przyjętemi przez usta (grzybek promieniczy osiada w tych przypadkach częściej w kątnicy), bądź też na drodze wstępującej — poprzez obrażenia skóry krocza lub śluzówki odbytu (np. ukłucie zakażonym źdźbłem słomy). Proces chorobowy zaczyna się zawsze w tkance przyodbytniczej — jako paraproctitis actimomycotica, przechodząca częściowo w periproctitis actinomycotica.

Klinicznie stwierdza się zbity, deskowato twardy naciek podśluzówkowy i dookoła odbytniczy, częściowo — pod skórą krocza i odbytu, zwężający okrężnie światło odbytnicy. Śluzówka przez czas dłuższy zmian nie przedstawia; dopiero z czasem — zwykle pod wpływem wtórnego zakażenia, o jakie w sąsiedztwie odbytnicy jest bardzo łatwo — powstają ropnie przyodbytnicze (zawierające charakterystyczną ropę i ziarenka promienicze) i przetoki, otwierające się na powierzchni śluzówki lub skóry krocza. W przebiegu klinicznym rozróżniamy: 1) okres wstępny, 2) okres nacieku zbitego i zwężenia odbytnicy, 3) okres ropni i przetok i wreszcie, 4) okres powikłań odległych.

W s t ę p n y o k r e s cechuje się klinicznie bólami w okolicy pośladka, biegunkami, okresami zaparcia, bólami brzucha i gorączką. Objawy te mogą być w niektórych przypadkach bardzo słabo zaznaczone.

Następnie powoli rozwija się t w a r d y n a c i e k p r z y o d b y t n i c z y (przeważnie od tylnej strony), zbitością swoją przypominający naciek nowotworowy; z czasem powstaje zwężenie światła odbytnicy, przy zachowaniu prawidłowego stanu śluzówki. Do zaburzeń w przechodzeniu kału przez zwężone miejsce nie dochodzi nigdy. Obrzmienia gruczołów chłonnych nie bywa dotąd dopóki nie nastąpi z a k a ż e n i e w t ó r n e, r o p i e n i e i p r z e t o k i.

Pod wpływem zatrucia swoistego rozwija się z czasem znaczne upośledzenie stanu ogólnego, a n a d r o d z e z a t o r ó w dochodzi do powikłań ze strony płuc, opłucnej, a zwłaszcza wątroby (nieswoiste ropnie wątroby).

Przebieg choroby jest wybitnie przewlekły (latami), rokowanie — poza przypadkami wcześnie rozpoznanemi i leczonemi — naogół złe. Rozpoznawanie jest trudne, gdyż nie zawsze się udaje wykryć w ropie charakterystyczne dla promienicy żółte ziarenka. Próby biologiczne są mało pewne. W rozpoznaniu różniczkowem uwzględniać należy gruźlicę, przymiot i chorobę Nicolas-Favre'a.

L e c z e n i e promienicy odbytu i kiszki stolcowej jest zasadniczo niekrwawe i polega na stosowaniu naświetlań rentgenowskich i podawaniu dowewnątrz dużych dawek jodku potasu (8 — 10 gramów dziennie).

Operować można tylko przypadki bardzo wczesne, z ograniczonym naciekiem; zabieg polega na możliwie doszczętnem (jak w nowotworach złośliwych) wycięciu całego nacieku.

Leczenie zakażeń ogólnych zapomocą wstrzykiwań dożylnych alkoholu. (Traitement des septicémies par les injections intraveineuses d'alcool). H a m b u r g e r i G u é r i n.

La Presse Méd. Nr. 19, marzec 1933.

Wstrzykiwania dożylne alkoholu w przypadkach ropni płuc i w celach uśpienia chorego do operacji przekonało lekarzy o możności szerszego stosowania tego środka w celach leczniczych, pod warunkiem nie przekraczania pewnych granic stężenia. Zasadniczo, wstrzykiwania dożylne alkoholu mogą grozić następującemi powikłaniami: wystąpienie hemolizy i wytworzenie się zakrzepów. I jednego, i drugiego można uniknąć, jeśli nie przekraczać pewnego maksymalnego stężenia alkoholu, które wynosi w warunkach klinicznych, praktycznie biorąc, ca 33%.

Bardzo dodatnie wyniki lecznicze widywano przy zastosowaniu dożylnem alkoholu w przypadkach zakażenia ogólnego (septicaemia). Autor przytacza przypadek ogólnego zakażenia gronkowcem potwierdzonego badaniem krwi, w którym wobec braku jakiegokolwiek wyniku dodatniego po stosowaniu takich środków jak trypaflawina, urotropina dożylnie, szczepionki, przetaczanie krwi i wstrzykiwanie bakterjofaga, zaczęto wstrzykiwać dożylnie alkohol. Już po trzeciem wstrzyknięciu posiewy ze krwi stały się jałowe, a objawy ogólnego zakażenia — po wytworzeniu 2 ropni (pośladek, otoczka nerki) — minęły całkowicie i chory wyzdrowiał.

Stosuje się zwykle 33% rotwór wodny alkoholu w ilości 5 — 200 cm^3 na dawkę; należy wstrzykiwać powoli, przy użyciu igły i strzykawki uprzednio naparafinowanych (co zresztą koniecznem nie jest, ale pewniej chroni przed krzepnięciem w nich krwi). Bezpośrednio po wstrzyknięciu powstaje ból wzdłuż żyły, który powstaje naogół rzadko.

Sprawdzianem dodatniego wyniku leczniczego tego sposobu leczenia jest zniknięcie drobnoustrojów ze krwi i spadek gorączki (per lysin). Mechanizm działania alkoholu sprowadza się tutaj do nagłego uruchomienia w dużych ilościach ciał odpornościowych w ustroju.

Badanie kliniczne obrażeń okolicy stawu łokciowego. (Séméiologie des lésions traumatiques récentes du coude). P a t e l.

Presse Méd. Nr. 19, marzec 1933.

Obrażenia te dają naogół rokowanie niepewne — ze względu na znaczną tendencję zesztywnienia w stanie łokciowym (zwapnienia przystawowe).

Z w i c h n i ę c i e o b u k o ś c i p r z e d r a m i e n i a d o t y ł u (zwykle — i ku zewnątrz) — znaczne zniekształcenie całej okolicy stawu łokciowego, punkt przecięcia się osi ramienia z osią przedramienia jest przesunięty znacznie do przodu, mięsień trójgłowy ramienia jest zwiotczały i jego tylny brzeg tworzy linję łukowatą, wklęsłością swą zwrócona ku tyłowi:

przy oglądaniu okolicy stawu od tyłu widać, że szczyt wyrostka łokciowego, który w warunkach prawidłowych jest na lub poniżej linji prostej, łączącej oba wyrostki ponadkłykciowe, tutaj jest przemieszczony wyraźnie ponad tę prostą. Prostowanie w stanie łokciowym daje się wykonać, zginanie — nie.

Bardzo podobny do powyższego obraz kliniczny da z ł a m a n i e p o n a d k ł y k c i o w e k o ś c i r a m i e n i o w e j. Tylko tutaj szczyt wyrostka łokciowego pozostanie poniżej linji, łączącej oba wyrostki ponadkłykciowe; ruchy zginania i prostowania w stanie łokciowym są zachowane (słychać tarcie kostne), ruchy zaś boczne są bardzo bolesne i mało rozległe (odwrotnie, niż w zwichnięciu). Widać rozległe podbiegnięcia krwawe.

Złamania zdarzają się częściej u dzieci, zwichnięcia — u dorosłych.

W ostatniej instancji decyduje o rozpoznaniu zdjęcie rentgenowskie, które w przypadku złamania pozwoli poza tem na dokładną ocenę szczegółów anatomicznych (przebieg linji złamania). Typowo dla złamania ponadkłykciowego linja ta biegnie z góry na dół i od tyłu do przodu, rzadziej — od przodu do tyłu. Często widuje się tu powikłania ze strony naczyń i nerwów — pod wpływem ucisku dolnego odłamka lub krwiaka. Zwichnięciom może towarzyszyć oderwanie jednego lub obu wyrostków ponadkłykciowych.

Z innych, mniej rozległych obrażeń okolicy stawu łokciowego należy wymienić: z ł a m a n i e k ł y k c i a b o c z n e g o kości ramieniowej (obrzmienie i wylew krwawy — umiejscowienie na bocznej stronie stawu), z ł a m a n i e k ł y k c i a p r z y ś r o d k o w e g o (obrzmienie na stronie przyśrodkowej), z ł a m a n i e w y r o s t k a ł o k c i o w e g o (obrzmienie od tyłu), z ł a m a n i e g ł o w y p r o m i e n i o w e j (uniemożliwienie supinacji), z w i c h n i ę c i e j e j d o p r z o d u i, wreszcie, poprostu tylko w y k r ę c e n i e s t a w u ł o k c i o w e g o — bez zwichnięcia i bez jakiegokolwiek bardziej rozległego złamania (mamy tu tylko obrażenia aparatu więzadłowo-mięśniowego).

Badanie rentgenowskie jako środek rozpoznawczy w ostrych schorzeniach narządów jamy brzusznej. (La contribution de l'examen radiologique au diagnostic des affections abdominales aiguës). P e l l e g r i n i.

Bull et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. Nr. 7, luty 1933.

Przeciwko badaniu rentgenowskiemu (prześwietlania, zdjęcia) w ostrych zapaleniach narządów i schorzeniach jamy brzusznej ogół lekarzy wysuwa następujące zastrzeżenia: 1) badanie to wymaga pewnego czasu i opóźnia przez to ze szkodą dla chorego wykonanie nagłej operacji, 2) przeprowadzenie badania odbija się ujemnie na stanie ogólnym chorego, 3) prześwietlenie bez użycia papki kontrastowej nie przedstawia żadnej wartości rozpoznawczej. Zastrzeżenia te są niesłuszne, gdyż samo badanie trwa wszystkiego kilka minut, a jego wynik w niejednym przypadku raczej przyśpieszy niż opóźni wykonanie operacji. Badanie to bynajmniej nie wyczerpuje specjalnie nawet bardzo ciężko chorych, ponieważ można je przeprowadzić, nie ruszając chorego z łóżka. Wyniki prześwietlenia bez użycia papki kontrastowej są bardzo cenne, prawie tak cenne, jak badanie przy użyciu papki kontrastowej (wolny gaz w jamie otrzewnowej, pętle rozdęte gazem).

Najbardziej cenne wskazówki rozpoznawcze daje badanie rentgenowskie w przypadkach p r z e d z i u r a w i e n i a ś c i a n y p r z e w o d u p o k a r m o w e g o i w o s t r e j n i e d r o ż n o ś c i j e l i t o w e j. Wyniki badnia pozwalają tutaj na zrobienie właściwego rozpoznania w k a ż d y m odnośnym przypadku.

Poza tem, badanie to ułatwia ogromnie rozpoznanie w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego, zapaleniu otrzewnej, zwężeniu odźwiernika i dwunastnicy, zawęźleniu esicy, ostrem zapaleniu trzustki, powikłaniach pooperacyjnych w zakresie jamy brzusznej i t. p.

Nawet ujemny wynik badania rentgenowskiego w powyższych stanach ma duże znaczenie rozpoznawcze.

Przyczynek do rozpoznawania i leczenia żółtaczki zastoinowej na tle skurczu zwieracza Oddi'ego. (Document pour une nouvelle classification des ictères avec une contribution aux indications opératoires). H o r t o l o m e i i P a v e l.

La Presse Méd. Nr. 21 marzec 1933.

Zgodnie z panującemi obecnie poglądami na klasyfikacje żółtaczek, zabieg operacyjny będzie tu wskazany — pominąwszy przypadki ciężkiego zakażenia przewodów żółciowych — jedynie w przypadkach niedrożności mechanicznej tych przewodów. Spostrzeżenia kliniczne ostatnich lat pokazały, że wskazanie do operacji dawać może jeszcze jeden rodzaj żółtaczki — żółtaczka zastoinowa na tle skurczu zwieracza Oddiego. Ilustracją powyższego może posłużyć następująca historja choroby.

Kobieta lat 48 zachorowała z objawami bólów brzucha, głowy i stawów, wzdęcie brzucha, żółtaczki, odbarwienie stolców i swędzenia skóry. Chora — wychudzona, wątroba znacznie powiększona, nieco tkliwa na ucisk, mocz zawiera barwiki żółciowe, ciśnienie krwi 110 — 160 (Vaquez), liczba ciałek białych w 1 mm³ krwi = 7.400 (63% wielojądrzastych), odczyn Wassermana ujemny. W ciągu następnych 8 dni wszystkie objawy chorobowe nasiliły się, a zwłaszcza żółtaczka i obrzmienie wątroby. Stan w d. c. bezgorączkowy. Rozpoznano niedrożność zupełną przewodu żółciowego wspólnego (rak, kamień) i zalecono operację. W czasie operacji znaleziono olbrzymią wątrobę, nieznacznie powiększony pęcherz żółciowy, przewód żółciowy wspólny wielkości prawidłowej, wolny, obecności kamieni ani innej przeszkody mechanicznej w przechodzeniu żółci nie stwierdzono. Zabieg polegał na zespoleniu pęcherza żółciowego z dwunastnicą (na wszelki wypadek). Przebieg pooperacyjny prawidłowy, V dnia — pierwszy stolec zabarwiony prawidłowo, XV dnia — tylko ślad żółtaczki, wkrótce po tem — wątroba wróciła do swej wielkości prawidłowej. Chora opuściła szpital jako wyleczona. Po roku — chora cieszy się pełnem zdrowiem.

W przypadku opisanym przyczyną żółtaczki był najprawdopodobniej skurcz zwieracza Oddiego. Wykonywano już u tego rodzaju chorych różnego typu operacje: sączkowanie przewodu wspólnego wewnętrzne, wywiadowcze nacięcie

ściany przewodu, zespolenie przewodu wspólnego z dwunastnicą, zespolenie pęcherza żółciowego z dwunastnicą, wywiadowcze otwarcie jamy otrzewnowej — po wszystkich tych operacjach otrzymywano w odnośnych przypadkach wynik pomyślny, co jest najbardziej charakterystyczne dla powyższego cierpienia. Wyniku takiego (to jest zniesienia skurczu zwieracza Oddiego) na drodze leczenia zachowawczego uzyskać, jednakże, się nie udaje.

Uwagi na temat zakaźnego charakteru zapalenia zakrzepowego żył po operacji. (Sur la contagiosité des phlébites post-opératoires). D u c u i n g.
La Presse Méd. Nr. 12, luty 1933.

Liczne spostrzeżenia kliniczne ostatnich lat spowodowały autora do przyjęcia z a k a ź n o ś c i pooperacyjnego zakrzepowego zapalenia żył jako c o n a j m n i e j b a r d z o p r a w d o p o d o b n e j. Przytacza on tu następujące fakty, przemawiające na korzyść powyższego przypuszczenia.

I. N a g m i n n e w y s t ę p o w a n i e pooperacyjnego zakrzepowego zapalenia żył. W każdym zakładzie operacyjnym można zauważyć takie okresy, kiedy powikłania te zaczynają występować niezwykłe często, np. na 22 chore operowane (rak sutka, macicy, żołądka i odbytnicy) 10 przypadków zapalenia pooperacyjnego żył. Okresy takie przypadają zwykle na l u t y i m a r z e c; ta zbieżność okresu największego nasilenia grypy z okresem najczęstszego występowania pooperacyjnego zapalenia żył wydaje się być głębiej uzasadnioną. *Faure* w okresach takich wstrzymuje całkowicie operowanie chorych z powodu włókniaków macicy (poza przypadkami nagłemi) — ze względu na to, że chore te dają stosunkowo największą odsetkę odnośnych powikłań (15%).

Zauważono również znaczny wzrost tych powikłań w okresach wzmożonego napływu chorych i związanego z tem n a s i l e n i a r u c h u o p e r a c y j n e g o, przyczem niektóre s a l e i p o k o j e jakby specjalnie uspasabiały do występowania pooperacyjnego zapalenia żył u przebywających tam chorych.

Jeden szczegół charakterystyczny zwraca tutaj ogólną uwagę chirurgów: powikłania zapaleniem żył występują bardzo rzadko u chorych, operowanych n a w s i, i to nieraz w warunkach co do jałowości zupełnie niedostatecznych i z powodu chorób, które jako takie już uspasabiają do tego rodzaju powikłań. Odnośna odsetka w mieście wielokrotnie przewyższa odsetkę na wsi.

II. Jakkolwiek zasadniczo każda operacja może być powikłana następowo zapaleniem żył, to jednak niektóre z nich usposabiają do tego rodzaju powikłań w szczególny sposób; są to: w y w i a d o w c z e o t w a r c i e b r z u c h a w p r z y p a d k a c h r a k a (do 60%), w y c i ę c i e m a c i c y z p o w o d u w ł ó k n i a k ó w, w y ł u s z c z e n i e s t e r c z u (15%) i inne. Jednakże w okresach epidemji powikłania te występują nawet po takich operacjach jak przecięcie rozścięgna podeszwowego, przeszczepienie ścięgna palca dużego, operacja wodniaka, zropiałego gruczołu pod pachą i t. p.

III. Poszczególne „epidemje" pooperacyjnych zapaleń żył mają zwykle bardzo z b l i ż o n y c h a r a k t e r k l i n i c z n y: jedne cechują się powstawaniem szeregu drobnych zatorów (krwioplucia, małe ogniska zapalne w dolnych płatach płuc), inne — bardzo uporczywemi zapaleniami zakrzepowemi żył kończyn, dolnych, utrzymującemi się miesiącami.

IV. Przyjąwszy tło zakaźne tycn zapaleń żylnych za dowiedzone, niektórzy autorowie uważają z a k a ż e n i e to za s w o i s t e (diplo-streptococcus) i dowodzą tego odpowiedniemi doświadczeniami na zwierzętach. Zakażanie jest zewnątrzpochodne, a przenośnikiem jest tutaj sam chirurg lub też personel pomocniczo-lekarski.

W związku z powyższem wskazaneby było izolowanie odnośnych chorych i rzeczywiście poszczególni chirurdzy stosują to stale bądź też okresowo.

Autor izoluje takich chorych zawsze w okresie „epidemji".

Przyczynek do rozpoznawania różniczkowego w przypadku nagłych bólów brzucha w okolicy prawego talerza biodrowego. (Syndrome douloureux de la fosse iliaque droite). R a m o n d.
La Presse Méd. Nr. 12, luty 1933.

Chora 27-letnia, cierpiąca od dłuższego czasu na postać włóknisto-wrzodziejącą gruźlicy płuc, została skierownaa przez lekarza z prowincji do autora w celu ustalenia rozpoznania. Chora ta przez 5 dniami dostała nagle o godzinie 5 rano gwałtownych bólów w nadbrzuszu, szerzących się do podżebrza prawego i do barku prawego; bóle te po 2 godzinach znacznie się zmniejszyły, ale w tej słabszej formie utrzymywały się do wieczora. Mdłości, wymiotów ani gorączki nie było, stolec i mocz oddawała prawidłowo. Następnego dnia została zbadana przez lekarza, który stwierdził wyraźną bolesność uciskową w punkcie *M. Burney'a*, rozpoznał zapalenie wyrostka robaczkowego i skierował chorą do autora pracy niniejszej w celu potwierdzenia rozpoznania.

Obecnie chora nie odczuwa dolegliwości żadnych. Przedmiotowo: brzuch wysklepiony prawidłowo, napięcie powłok nad prawym talerzem biodrowym — wzmożone, stwierdza się bolesność uciskową w punkcie *Mac Burney'a*, wątroba i pęcherz żółciowy — niewyczuwalne i niebolesne.

W rozpoznaniu różniczkowem uwzględniać tu należy: zapalenie pęcherza żółciowego, kamicę moczową, zapalenie okrężnicy, zapalenie przydatków macicznych, zapalenie opłucnej prawej i zapalenie gruźlicze otrzewnej.

Za rozpoznaniem z a p a l e n i a w y r o s t k a r o b a c z k o w e g o (simplex) przemawia: nagły początek bólów, brak gorączki, bolesność uciskowa w punkcie *Mac Burney'a*, wzmożone napięcie mięśniowe i szybkie ustąpienie bólów; przeciwko: brak mdłości, wymiotów, zaparcia i brak w wywiadach przypadków zapalenia wyrostka w rodzinie.

Za rozpoznaniem k o l k i ż ó ł c i o w e j przemawia: umiejscowienie bólu i jego szerzenie się do barku prawego i brak gorączki; przeciwko: młody wiek, brak objawów wadliwej przemiany materji i odnośnego obciążenia dziedzicznego, nagły początek choroby, charakter bólów (początek o godz. 5 rano), brak bolesności uciskowej wątroby i pęcherza żółciowego, brak żółtaczki i inne.

Za k a m i c ą m o c z o w ą przemawia: młody wiek, gwałtowność i nasilenie bólów, bolesność uciskowa w punkcie *Mac Burney'a* (mo czowód); przeciwko niej: szerzenie się bólów ku

górze (prawa połowa klatki piersiowej, bark), brak szerzenia się do pęcherza moczowego i cewki, zaburzeń w oddawaniu moczu i domieszki krwi w moczu.

W przypadku powyższym możnaby myśleć również i o zapaleniu kiszki grubej (enterotyphlo-colitis), tembardziej, że to ostatnie stosunkowo często daje okazję do mylnego rozpoznania zapalenia wyrostka i do wykonania zbędnej operacji. Jednakże tutaj stolce są regularne, nie bywa zaparcia na zmianę z biegunkami, bólów wzdłuż okrężnicy ani jej bolesności uciskowej.

Zapalenie prawostronnych przydatków macicznych można było łatwo wyłączyć po zbadaniu ginekologicznem, zwłaszcza przy braku jakichkolwiek zaburzeń w perjodach, i przy braku upławów. A i bolesność uciskowa w punkcie *Mac Burney'a* jest za wysoko umiejscowiona na zapalenie przydatków, przy którem zwykle bolesność tą stwierdza się tuż nad pachwiną i nad spojeniem.

Zapalenie opłucnej prawostronnej (suche, wysiękowe) jest mało prawdopodobne ze względu na brak odnośnych objawów fizykalnych i brak objawów podmiotowych jak duszność, nasilenie kaszlu i t. p., zapalenie zaś gruźlicze otrzewnej — trudniej jest tutaj wyłączyć (przy obecności posuniętych zmian swoistych w płucach) tembardziej, że znane są takie podostre postacie zapalenia gruźliczego otrzewnej do złudzenia przypominające ostre zapalenie wyrostka.

Reasumując wyżej powiedziane, w przypadku opisywanym rozpoznanie zapalenia wyrostka nie jest bynajmniej pewne. Należałoby tu dodatkowo zbadać mocz i zrobić zdjęcie rentgenowskie całego układu moczowego. Możliwość gruźlicy otrzewnej jest zupełnie prawdopodobna. Wskazana jest dalsza obserwacja chorej, przeciwwskazana zaś jest operacja, przynajmniej narazie.

M. Czyżewski.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

W sprawie zbiorowego zatrucia arsenem. (A propos d'une intoxication collective par l'arsenic). Thorel et Vinzent.

Annales de Vener. et de Syphiligr. 1932, Nr. 7.

Spostrzeganie kilkuset marynarzy spożywających systematycznie w ciągu kilku tygodni wino, zanieczyszczone domieszką arsenu, dało autorom sposobność opisania i określenia typu klinicznego zatrucia arsenem.

Wszyscy chorzy dotknięci byli jednakowymi objawami, u niektórych tylko obraz kliniczny był niezupełny, co zależało prawdopodobnie od stopnia zatrucia.

W jednym litrze wina spożywanego było 3 do 12-stu miligr. arsenu metalicznego. Pierwszym objawem zatrucia u wszystkich były okresowo pojawiające się biegunki, następnym — mrowienia w dłoniach i stopach, na które także skarżyli się wszyscy bez wyjątku. Dalej zjawiało się zmniejszenie czucia, trudności przy chodzeniu, zwłaszcza z rana po obudzeniu się. Uczucie pieczenia i bóle dłoni i podeszew zjawiały się i zwiększały równocześnie z zgrubieniem naskórka w tych miejscach. U niektórych wystąpiła niemoc płciowa. Najznamienniejszym objawem, którego nie brakowało w żadnym przypadku, było nadmierne rogowacenie na dłoniach i podeszwach, poprzedzone pojawieniem się rumieni w tych miejscach. W początkowym okresie zatrucia rumienie te częściowo tylko były pokryte masami zrogowaciałego naskórka, później masy te stawały się grube, gładkie, utrudniały ruchy dłoni i palców, nigdy jednak nie pokrywały rumieni w całości, lecz pozostawiały zawsze wąski kilkumilimetrowy rąbek rumienia niezrogowaciały. Jako objawy niestałe występowały bóle gardła i stóp, brzęknienie twarzy, zapalenia nerwów, wykwity skórne w postaci rumieni, umiejscowionych zawsze w fałdach, suchych, symetrycznych, na obwodzie nieznacznie keratotycznych.

W otoczeniu wykwitów, zajmujących naturalne zgięcia i fałdy skóry, istniały pojedyńcze okrągłe tarczki o podobnych cechach, naśladowały one niekiedy wykwity łuszczycowe. Rozlane zmiany barwikowe towarzyszyły zwykle rumieniowym.

Badanie krwi wykazywało zawsze znaczną leukopenję — 3 do 4000 białych ciałek w 1 mm^3. Przy porównaniu tych objawów ze spotykanemi w przypadkach nietolerancji na arsenobenzole — należy podnieść odmienność tych dwuch typów. Osutki poarsenobenzolowe rzadko bywają powikłane zapaleniem nerwów i zmianami barwikowemi. Występują one głównie na powierzchniach wyprostnych i bywają wielopostaciowe (szkarlatynowe, wypryskowe, opryszczkowe, łuszczące), natomiast stałą cechę zatrucia opisanego powyżej była keratodermja i leukopenja. Autor przypuszcza, że rozmaitość objawów spotykanych w przypadkach nietolerancji na arsenobenzole nie zależy od zatrucia arsenem a należy je odnięść — już to do zjawisk bjotropowych *(Milian)*, już to anafilaktycznych *(Gougerot)* lub do szczególnej wrażliwości.

Przypadek owrzodzenia miękkiego. (Histoire d'un chancre mou). Esquier, Lestideau et Escartefique.

Annales de Dermatol. et de Syph. 1932, Nr. 7.

U 29- letniego mężczyzny istniało od 2-ch lat duże nietypowe owrzodzenie na wewnętrznej powierzchni uda i dopiero przypadkiem w wydzielinie z dna wykryto obecność prątków Ducrey'a a przez dodatni wynik przeszczepienia ustalono etjologję tego stale powiększającego się owrzodzenia. Pomimo ustawicznego leczenia w czasie nieprzerywanego pobytu w szpitalu (Dmelcos, chlorek cynku, galwanokauteryzacja, płyn Lugola, jontoforeza siarczanem miedzi i t. d.) owrzodzenie stale rozszerzało się a tylko częściowo na jednym biegunie uległo zabliźnieniu. Stan ogólny chorego w tym czasie był dobry. Dopiero po kilkunastu miesiącach nagle i dość szybko przyszła poprawa, owrzodzenie goiło się. W kilka dni po znacznem zmniejszeniu się wykwitów, wystąpiły u chorego nagle wymioty, dreszcze, zapalenie naczyń chłonnych na chorej kończynie; ciepłota podniosła się do 40°. Posiewy z krwi były ujemne. W kilka dni chory zmarł wśród objawów ostrej toksemji.

W literaturze opisano kilka podobnych przypadków, odnosząc ostre objawy zatrucia do zamknięcia wrót, przez które toksyny wydzielały się z organizmu.

Rzekomy wąglik po ukąszeniach przez owady. (Faux charbons par piqures venimeuses). G o u g e r o t i R a g u.

Paris Médical, Nr. 3, 21.I. 1933.

Szereg spostrzeżeń klinicznych wskazuje na konieczność uwzględnienia w rozpoznaniach różniczkowych karbunkułu zmian powstałych na skórze po ukąszeniu przez owady.

Zmiany te mogą niejednokrotnie naśladować karbunkuł przez znaczny, szybko powiększający się obrzęk, zaczerwienienie i naciek, przez wytwarzanie w samym środku wykwitu czarnego zgorzelinowego strupa lub nawet powstawanie typowej zgorzeli. Często także w otoczeniu wykwitu istnieje obwódka utworzona z pęcherzyków. Brak objawów ogólnych, ujemne wyniki badań bakterjologicznych i korzystny przebieg prawie bez interwencji lekarza pozwalają odróżnić te przypadki od karbunkułu i oszczędzić choremu bolesnych i uciążliwych zabiegów leczniczych.

Lecznicze zastosowanie dibromoxymercurifluoresceiny w dermatologji. (Quelques applications thérapeutiques de la dibromoxymercurifluorescéine). J. G a t é i P. C u i l l e r t.

Paris Médical, Nr. 3, 1933.

Dibromoxymercurifluoresceina (D. O. M. F.) czyli merkurochrom wprowadzona w roku 1926 jako nowy środek antyseptyczny używany obecnie na szeroką skalę w Ameryce posiada 4 zalety, czyniące go użytecznym tak w stosowaniu zewnętrznym jak i do wewnątrz. A mianowicie: jest to środek b. silnie bakterjobójczy, mało trujący, posiadający znaczną przenikliwość i mało drażniący. W dermatologji w roztworach wodnych 1 do 2-ch do 5-ciu na 100 znajduje wszędzie zastosowanie tam gdzie należałoby użyć nalewki jodowej. Można go więc stosować z dobrym wynikiem w czyraczności, w ropnych zmianach skóry i t. p. Stosowanie jego jest zwłaszcza godnem polecenia w przypadkach owrzodzeń miękkich, gdzie przyżeganie 5% wodnym roztworem już po 2-ch zastosowaniach co 24 godzin powoduje wyjałowienie owrzodzenia z prątków Ducrey'a, środek ten w tych razach ma tę wyższość ponad innymi, że stosowanie jego jest niebolesne.

Herpes recidivans. (L'herpés récidivant). Dr. L. P é r i n.

Paris Médical; Nr. 3, 1933.

Opryszczką nawrotową w ścisłem znaczeniu nazywamy tą, która okresowo bez wyraźnej przyczyny występuje zawsze prawie na tem samem miejscu. To określenie wyklucza opryszczki wtórne lub spowodowane wiadomym czynnikiem, w końcu zjawiające się na rozmaitych miejscach. Obraz kliniczny nie różni się niczem od obrazu herpes zoster. Jako pierwsze objawy występują: swędzenie, palenie i bóle, następnie zjawia się lekko obrzękła plama rumieniowa, która zresztą może wystąpić nie poprzedzona jakimikolwiek objawami podmiotowymi. Na rumieńcu szybko zjawiają się drobne, mniej więcej równej wielkości pęcherzyki ugrupowane w gromadki. Ułożenie to jest dla opryszczek bardzo znamienne. Zawartość pęcherzyków początkowo jasna, przejrzysta, stopniowo mętnieje, niekiedy może zamieniać się w ropną. Pęcherzyki rzadko pękają, zwykle zasychają w strupki, które po dłuższem utrzymaniu się na skórze, odpadają, pozostawiając czerwoną plamę. Plama również z czasem znika bez pozostawienia jakiejkolwiek blizny.

Proces ten powtarza się okresowo z przerwami tygodniowemi, miesięcznemi lub nawet rocznemi, zawsze jednakże u jednego i tego samego osobnika mniej więcej z zachowaniem jednakowego rytmu. Umiejscowienie wykwitów nie bywa ściśle jednakowe. Powtórny nawrót zjawia się tuż obok poprzedniego tak, jakgdyby istniał rodzaj miejscowej, czasowej odporności po zagojeniu się wykwitów opryszczki. Należy również pamiętać o możliwości poronnych wybuchów. Wtenczas na rumieniu nie zjawiają się pęcherzyki i gdyby nie wyraźne objawy podmiotowe (pieczenie, ból) można by pomyśleć o innych schorzeniach rumieniowych.

Udział systemu nerwowego w tym schorzeniu jest wyraźny. Pomijając miejscowe sensacje, mamy także do czynienia z bólami promieniującemi w odległe narządy i okolice.

Ciekawym jest fakt, że przy nieznacznych objawach na skórze istnieją bardzo wyraźne obja-

wy ze strony systemu nerwowego i odwrotnie. Udział systemu nerwowego zaznacza się również obecnością zmian w płynie mózgo-rdzeniowym. Zawartość białka bywa prawidłowa, ilość limfocytów w 1 mm^3 dochodzi 7 — 20. Z objawów ogólnych zjawiają się: bóle głowy, podniesienie ciepłoty, brak apetytu i t. p. Schorzenie zjawia się ze szczególnem upodobaniem do pewnych okolic skóry, i tak; na częściach płciowych najczęściej u dorosłych mężczyzn, na twarzy u osobników młodych zwłaszcza u dzieci, na śluzówce policzków, warg i podniebienia z upodobaniem w przypadkach starej kiły, leczonej dłuższy czas rtęcią, w końcu na pośladkach, gdzie po dłuższym okresie może pozostawić ślady w postaci barwnika, na dłoniach i palcach po stronie grzebietowej.

Etjologja i patogeneza opryszczek nawrotowych, które są właściwie tylko pewną odmianą herpes zoster, jest nieznana. Przez długi czas schorzenie zaliczane było do grupy zaburzeń troficznych, dziś przypuszcza się obecność virus przesączalnego, który stoi w bliskim stosunku lub też jest identycznym z wywołującym encephalitis epidemica, a który posiada równocześnie właściwości neuro i dermotropowe. Okresowe zjawianie się wykwitów tłumaczą ukrytem mikrobizmem i zjawiskami biotropizmu.

Leczenie jest czysto zachowawcze a nawet wyczekujące. Jedyną wskazówką jest nie drażnić schorzałej skóry. Zwilżanie alkoholem lub rozcieńczoną nalewkę jodową i zasypywane obojętną zasypką chroni od powikłań ropnych i przyśpiesza zamianę pęcherzyków w strupki. Leczenie promieniami X, pozafjołkowemi i specyficznie rtęcią lub bizmutem stosowane bywa ze zmiennymi wynikami.

Stałość Wass. Sézary, G. Barbara.

Bulletin de la Soc. Fr. Dermatolog. et Syph. 1932. Nr. 7.

Wass. jest tylko symbolem wszystkich odczynów odchylenia dopełniacza, kłaczkujących i t. p. o niewygórowanej czułości i niezbyt leniwych. Odczynów należy wykonywać najmniej 2. *(Hecht)*. Określenie stały jest wygodne, lecz niewłaściwe, gdyż zawsze Wass. dodatni może przejść w ujemny. Jest kilka warunków do rozpoznania Wass. stałego, bez których przypadki Wass. stałe stają się starą kiłą niewygasłą.

Badanie płynu m.-rdz. jest zawsze konieczne. Leczenie powinno być prowadzone według szematów ogólnie uznanych (arsenowo-bizmutowe), rtęciowe i arsenem 5-cio wartość. Czas leczenia powinien zależeć od wieku schorzenia, a nie od wieku chorego. Przypadki leczone zaraz powinny po 2 latach wykazać Wass. ujemnego. Przypadki, leczone później (4 lata) wykazują znacznie dłużej dodatnie odczyny serologiczne. Naogół nie można naznaczać granicy czasu, od którego W. uważamy za stały, gdyż im dłuższa obserwacja, tem ilość W. stałych zmniejsza się.

Autor wyklucza ponadto przypadki, w których przeważnie dodatni W. od czasu do czasu czy to pod wpływem leczenia, czy innych, sprzyjających czynników, wykazuje fazy ujemne.

Częstość W. stałych zmienia się zależnie od leczenia. Autor spostrzegał ich 1 na 1200 przypadków kiły leczonej. W. stały spotyka się częściej u kobiet ze względu na liczniejsze przypadki kiły zaniedbanej.

Etjologja: niedostateczne leczenie w początkowych okresach zakażenia. Autor wyklucza oporność na leki, gdyż wiele W. stałych przechodzi jednak w ujemne pod wpływem leczenia.

Patogeneza:

Teorja 1 — W. stały zależy od ukrytego ogniska krętków.

Teorja 2 — W. stały zależy od nieprawidłowego lecz niewątpliwie nabytego stanu surowicy i niema nadal nic wspólnego z zakażeniem kiłowem. Najsłuszniejszą wydaje się teorja pierwsza. Możliwe, że zakażenie utrzymuje się w jakimś gruczole chłonnym lub w zwoju nerwu sympatycznego. Czy jest to dzięki szczególnej odporności krętka na leki, czy też leki nie mają dostępu do ogniska, trudno rozstrzygnąć. W każdym razie nie jest to wynik konfliktu leczniczego, gdyż mylnie przyjmujemy, że taki konflikt mógłby długo istnieć, a zakażenie nie zdemaskowałoby się.

A więc W. stały stanowi zawsze pewne niebezpieczeństwo lecz minimalne, gdyż powikłania nerwowe ze względu na starość zakażenia i brak zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym są wykluczone.

Szczególnie trzeba mieć na względzie to pewne minimalne niebezpieczeństwo, jeśli chodzi o małżeństwo, gdyż w pewnej chwili kiła może się z utajonego ogniska rozwinąć i wymagać dłuższego leczenia — powtóre któż może zaręczyć, że to ognisko nie jest ukryte w genitaljach i kobietę taką należy zawsze w ciąży leczyć. Lekarz nie może zabraniać lub odradzać małżeństwa, jego obowiązkiem jest chorego pouczyć. W końcu należy stwierdzić, że jeśli nawet W. stałego uda nam się zmienić to nie jest to równoznaczne z wyleczeniem chorego.

Zapobieganie polega tylko na wczesnem energicznem leczeniu.

Leczyć w przypadkach W. stałego należy przez dłuższy czas energicznie z zastosowaniem wszystkich leków, zwłaszcza arsenu pięciowartościowego przez kilka lat. Należy leczyć dłużej w przypadkach świeższego zakażenia, gdyż tam nie minęła jeszcze groźba powikłań nerwowych i w młodszym wieku lepiej się leczenie znosi, krócej u starszych.

Autor proponuje leczenie jak w kile II, jeden rok leczenia energicznego (2 kur. ars.-bizm. 1 kur. bizm.) i 3 — 5 lat leczenia zabezpieczającego (bizm. ars. 5 rtęć). Przed odesłaniem chorego należy wykonać zdjęcie aorty i badanie płynu mózgowo-rdzeniowego.

Kombinowane leczenie specyficzne ze wstrząsowem niema żadnego wpływu lub tylko czasowy i autor nie radzi pozbawiać się błędnym sposobem tego jedynego wskaźnika czynnej infekcji jakim jest W. dodatni chyba, że z tego powodu grozi choremu ciężki stan rozstroju nerwowego.

KRONIKA

KURS EUGENIKI I PORADNICTWA PRZEDŚLUBNEGO.

Państwowa Szkoła Higjeny wspólnie z Sekcją Naukową Polskiego T-wa Eugenicznego organizuje pod kierunkiem wybitnych fachowców III-ci kurs dla lekarzy z dziedziny eugeniki i poradnictwa przedślubnego.

Wykłady obejmą zarówno stronę społeczną, związaną ze sprawami małżeństwa, jak zagadnienia polityki populacyjnej, rozrodczości, reformy małżeństwa, oraz sprawy związane ściślej z patologją, jak dziedziczenie chorób psychicznych, nerwowych, zapobieganie chorobom wenerycznym i t. p.

Kurs odbędzie się w czasie od 16-go — 27 maja 1933 r.

W celu umożliwienia uczęszczania na kurs lekarzom praktykującym, wykłady odbywać się będą wieczorami od godz. 20 — 22 w gmachu Państwowej Szkoły Higjeny, ul. Chocimska 24.

Kurs jest bezpłatny, wpisowe wynosi 10 zł.

Program i rozkład godzin następujący:

16.V g. 20 — 22 Prof. J. Dembowski — Naukowe podstawy eugeniki.

17.V g. 20 — 21 Doc. Dr. W. Łuniewski — Technika badań dziedziczności u człowieka.

17.V g. 20 — 22 Dr. H. Szpidbaum — O typach rasowych i konstytucjonalnych.

18.V g. 20 — 21 Dr. M. Kacprzak — Z zagadnień rozrodczości.

18.V g. 21 — 22 Dr. Z. Garlicka — Zapobieganie ciąży.

19.V g. 20 — 22Wiceprez. K. Fleszyński — Prawodawstwo małżeńskie i próby reformy.

20.V g. 20 — 21 Dr. L. Wernic — Najważniejsze zagadnienia ruchu eugenicznego.

20.V g. 21 — 22 Doc. Dr. W. Sterling — Biologja seksualna.

21.V od godz. 12-ej. Dr. L. Wernic — Poradnictwo przedślubne. Zwiedzanie Tow. Eugenicznego, Nowy Świat 1.

22.V g. 20 — 21 Doc. Dr. G. Szulc — Gruźlica.

22.V g. 21 — 22 Dr. H. Szczodrowski — Wpływ chorób wenerycznych na płodność i zwyrodnienie.

23.V g. 20 — 21 Dr. R. Dreszer — Dziedziczenie chorób psychicznych.

23.V g. 21 — 22 Doc. Dr. W. Łuniewski — Narkomanja.

24.V g. 20 — Doc. Dr. W. Sterling — Dziedziczenie chorób nerwowych.

26.V g. 20 — 21 Doc. Dr. W. Melanowski — Dziedziczność a narząd wzroku.

26.V g. 21 — 22 Prof. Dr. W. Grzywo-Dąbrowski — Zboczenia seksualne.

27.V g. 19 — 21 Prof. Dr. L. Hirszfeld — Podstawy biologiczne odporności.

27.V g. 21 — 22 Seminarjum dyskusyjne — Zamknięcie kursu.

Zgłoszenia pisemne przyjmuje i informacji udziela Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny, ul. Chocimska 24, do dnia 10 maja, codziennie od 9 — 15, tel. 8.94-81.

POLSKI ZWIĄZEK PRZECIWGRUŹLICZY.

Komunikat.

Stypendja dla lekarzy w Instytucie „Benito Mussolini" w Rzymie. Italski Faszystowski Związek dla Walki z Gruźlicą oddał do dyspozycji Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego dwa stypendja rocznie dla studjów w Instytucie „Benito Mussolini" w Rzymie. Stypendja te w wysokości 6.000 lirów (ok. 2.750 zł.) każde z mieszkaniem i całkowitem utrzymaniem mają na celu udostępnić lekarzom zagranicznym odbycie stażu w Instytucie. Staż trwa od 15 listopada do 15-go lipca z przerwami na wakacje świąteczne. Mieszkanie w Instytucie obowiązuje. Pierwszeństwo w otrzymaniu stypendjów będą mieli lekarze obeznani z gruźlicą i mający zamiar udoskonalenia się w tej dziedzinie medycyny.

Stypendja będą przyznane na posiedzeniu komitetu wykonawczego Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego w lipcu r. b. Lekarze chcący się ubiegać o stypendja w Instytucie „Benito Mussolini" powinni zgłosić swą kandydaturę do Polskiego Związku Przeciwgruźliczego Warszawa, ul. Chocimska 24 najpóźniej do dnia 15 maja r. b. z podaniem: 1) Nazwiska i imienia, 2) Curriculum vitae ze szczegółowem uwzględnieniem przebiegu pracy lekarskiej, 3) Wykazu ogłoszonych prac naukowych o ile możliwe z załączeniem tych prac.

Kandydatury zgłoszone inną drogą nie będą rozpatrywane.

* * *

KONKURS Towarzystwa Chirurgicznego Warszawskiego.

Pragnąc przyczynić się do rozwoju chirurgji polskiej Towarzystwo Chirurgiczne Warszawskie ogłasza konkurs na prace z zakresu chirurgji.

Warunki konkursu.

Do Konkursu stawać mogą wszyscy chirurdzy, obywatele polscy.

Prace powinny być oryginalne, dotąd nigdzie nie drukowane i oparte na własnych spostrzeżeniach i doświadczeniach. Tematem pracy mogą być zarówno spostrzeżenia kliniczne, jak również lecznictwo chirurgiczne oraz doświadczenia na zwierzętach, wiążące się z zagadnieniem chirurgicznem.

W nawiązaniu do prac wcześniejszych zgłaszane na Konkurs prace powinny obok piśmiennictwa obcego uwzględniać w pierwszym rzędzie odnośne piśmiennictwo rodzime.

Rękopisy, odbite na maszynie na jednej stronie arkusza z pozostawieniem interlinji i marginesu, muszą odpowiadać warunkom dobrego stylu i pisowni oraz uwzględniać polskie mianownictwo lekarskie. Prace konkursowe, podpisane obranym przez autora godłem, powinny być nadesłane w dwu egzemplarzach najpóźniej do dnia 1 marca 1934 r. do Zarządu Tow. Ch. Warsz. na ręce

Dr. Wertheima, Warszawa ,ul. Jerozolimskie 75. Do pracy należy załączyć zamkniętą kopertę, nazewnątrz zaopatrzoną w godło, wewnątrz zaś zawierającą imię, nazwisko i adres autora.

Do oceny nadesłanych prac powołany będzie przez Zarząd Tow. Ch. Warsz. Sąd Konkursowy.

Nagrody za przyjęte przez Sąd Konkursowy prace ustala się w sposób następujący: I-sza nagroda 600 zł., II-ga 400 zł.

W okolicznościach szczególnych nagrody te będą mogły być połączone w jedną.

Prace nagrodzone stają się własnością Tow. Ch. Warsz. i będą oddane do druku z zaznaczeniem, że praca została odznaczona na Konkursie Towarzystwa. Zarząd Tow. Ch. Warsz. zastrzega sobie prawo przeznaczenia do druku w Pol. Przegl. Chirur. niektórych prac z pośród nienagrodzonych na Konkursie.

W razie nieprzyznania przez Sąd Konk. nagrody żadnej z nadesłanych prac z powodu zbyt niskiego poziomu naukowego, lub niewypełnienia wymienionych warunków, Tow. Ch. Warsz. zastrzega sobie prawo ogłoszenia ponownego Konkursu.

*

Dr. S. Rubinrot, autor podręcznika p. t. „Zarys Rentgenologji, podręcznika dla lekarzy i słuchaczy medycyny", prosi nas o ogłoszenie, że celem udostępnienia szerszemu ogółowi lekarzy nabycia tej książki, cena jej obniżoną została do zł. 30 w księgarniach i zł. 25 u autora, konto czekowe P. K. O. Nr. 2,249, adres prywatny Warszawa, ul. Graniczna 8.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji, Warszawa, Tucholska 10. tel. 11.30-33.
Adres administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

			1/1 str.	½ str.	¼ str.
Ogłoszenia:	zewnętrzna strona okładki	zł.	450.—	250.—	135.—
	bezpośrednio przed tekstem	„	350.—	200.—	120.—
	2-ga i 3-cia strona okładki	„	350.—	200.—	120.—
	pozostałe	„	300.—	170.—	95.—

Zakł. Graf. „DRUKPRASA", Sp. z ogr. odp. Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.